Nr. 9. 25. lutego 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Prof. Dr. Stanisław CIECHANOWSKI. Kraków.

Próba charakterystyki endemij wolowych w Polsce.

Ciąg dalszy.

Wól endemiczny w Polsce był dotąd bardzo mało badany, przytem tylko statystycznie u żyjących, i to w ograniczonym zakresie. Po mojem i Urbanika zestawieniu wyników badania poborowych i sprawozdań lekarzy powiatowych z dziesięciolecia 1883 do 1893 co do wola i matołectwa, lecz tylko w Małopolsce, upłynęło kilka dziesiątków lat bez dalszych badań. Toteż poza Polską prawie nie wiedziano o endemji wola, panującej na jej ziemiach, najwięcej na Podkarpaciu, chociaż wedle utartego szablonu zaliczałaby się ona tutaj do cięższych, które cechuje towarzysząca im endemja matołectwa. O tej endemji matołectwa pod Karpatami nie wie jeszcze w r. 1927 nic Bircher, zestawiając ciężkie europejskie endemje wola łączące się z endemją matołectwa [11]). Dopiero niedawno Wojnicz podjął badania w jednej części Polski, a. pierwszą wspomnianą już statystykę z całego Państwa ogłosił dopiero Tubiasz w r. 1932, jednak dotyczącą tylko wyniku badań poborowych z jednego roku 1930. Dołączył do niej bardzo pouczającą mapę częstości wola wedle powiatów [12]). Takąż mapę za rok następny 1931 przedstawił Chodźko na Wszechsłowiańskim Zjeździe lekarskim w Poznaniu w r. 1933.

Poza kryterjum kliniczno-statystycznem — innych kryterjów, używanych do oceny endemji wola, wogóle w Polsce dotąd nie badano. W klinikach i większych oddziałach chirurgicznych bada się wprawdzie w przypadkach wola przemianę podstawową i skrzętnie zwraca się uwagę na ewentualną hipotyreozę lub hipertyreozę, a Zakłady Anatomji Patologicznej Uniwersytetów badają histologicznie preparaty operacyjne niektórych wolów z tych klinik i oddziałów; jednakże badania te, wykonywane ze względu na leczenie i rokowanie [13]) *„ad casum“* i niestale, nie mogą służyć za podstawę do określenia charakteru klinicznego i anatomicznego całej endemji, a nietylko poszczególnych przypadków wyłącznie operacyjnych. Wszystkich zaś pozostałych kryterjów, charakteryzujących endemję, dostarczyć może jedynie badanie anatomo-patologiczne zwłok.

Materjał, jakim dziś w tym względzie rozporządzam, zawdzięczam kolegom Prof. dr. Paszkiewiczowi i dr. Trojanowskiemu z Warszawy, Prof. dr. Nowickiemu i Prof. dr. Ostrowskiemu ze Lwowa, Prof. dr. Opoczyńskiemu, dr. Sumorokowi i Prof. dr. Michejdzie z Wilna, badaniom dr. Emila Wyrobka i zestawieniom statystycznym dr. Syrka pod moim kierunkiem w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. oraz zestawieniom dr. Kowalczyka z materjału II kliniki chirurgicznej Prof. dr. Glatzla w Krakowie. Za nader chętne udzielenie mi materjałów, przeważnie zbieranych wedle zaproponowanego przeze mnie planu, wszystkim tym Kolegom jaknajgoręcej dziękuję.

Materjał ten nie jest wprawdzie wyczerpujący i nie dochodzi liczby wolów, na jakiej z nowszych autorów opierają się np. Simons (1468) lub Roth (814), może jednak oświetlić charakter endemji w Polsce conajmniej w tej samej mierze, jak materjał Arndta, na którym oparł on swą dużą monografję o endemjach wola w Rosji. Materjał nasz obejmuje bowiem:

	Liczba sekcyj zwłok ogólna	W tem wolów badanych gołem okiem	Liczba sekcyj zwłok z dokładnem badaniem tarczycy	W tem wolów zbadanych szczegółowo	Liczba operacyj wola
1) Z Warszawy:					
(1921—1930)	9089	263			
(1933)	400	83	371	83	
2) Z Wilna:					
(1923—1933)	1066	20			[14])
3) Ze Lwowa:					
(1932)	150				
(1933)	200	12	200	12	515
4) Z Krakowa:					
(1931—1932)	2010	170			
(1932—1933)	500	246	500	246	107
Razem:	13415	1394	1071	341	622 [14])
Materjał Arndta z Rosji (10 miast) wynosił:	830		742	270	362

Pracę swą o wolu w Rosji opierał więc Arndt na materjale mniejszym liczebnie od naszego; przytem jego materjał rozdziela się między 10 miejscowości, rozproszonych na olbrzymim obszarze Rzeczypospolitej Sowieckiej, gdy nasz dotyczy tylko 4 punktów znacznie mniejszego obszaru.

Chociaż z zastrzeżeniami, można jednak z materjału naszego sądzić o poszczególnych endemjach w Polsce. Wedle mapy Tubiasza przyjąć można w Polsce osiem obszarów endemicznych, poczęści oddzielonych od siebie przestrzeniami zupełnie bez wola lub z bardzo małym jego wśród ludności odsetkiem (poniżej 1%). Najrozleglejszy obszar z największem zagęszczeniem wola zajmuje endemja ziem południowo-zachodnich wzdłuż zachodniego Podkarpacia (dochodząc w b. powiecie strzyżowskim aż do 51.3%), skąd słabnąc (średnio mniejwięcej do 1.5%) sięga na północ w okolice Łodzi i Radomia, na zachód poza Kalisz (koło którego miejscowo wzrasta do 5.6%), zagarniając jeszcze 4 powiaty sąsiednie województwa poznańskiego. Ku wschodowi łączy się ten obszar z endemją na Podkarpaciu środkowem (w powiecie leskim dochodzącą do 46.4%), która jest oddzielona pasem prawie wolnym od wola (powiat sokalski 0.2%, Radziechów 0.4%) od endemji zajmującej całe województwo wołyńskie i południową część poleskiego, a stanowiącej zachodnie skrzydło endemji wkraczającej tu z Białorusi; częstość wola na Wołyniu nie przekracza jednak 5%. Prócz tych trzech obszarów dostrzega się 5 małych gniazd ze słabym odsetkiem wola, poniżej 5%, a jedynie w jednem z nich, naokoło Torunia, dochodzącym 5.7%; drugie z tych gniazd znajduje się w okolicach Leszna w woj. poznańskiem, trzecie zajmuje 4 północne powiaty Pomorza w sąsiedztwie Gdańska, czwarte 4 powiaty graniczące od wschodu z okolicą Warszawy, piąte zaś powiat nadwórniański w Karpatach wschodnich. Za zupełnie wolne od endemji uznać należy całe województwo wileńskie (0.2%) i nowogródzkie (0.1% wola), a w województwach poleskiem (0.4%), tarnopolskiem (0.5%), białostockiem (0.8%) i prawie całem warszawskiem (0.6%) z wyjątkiem bezpośredniego sąsiedztwa Warszawy od wschodu (Mińsk Mazowiecki 4.1%, Radzymin 2.5%), — choć wól jest nieco częstszy, to jednak trudno w każdym razie byłoby mówić o endemji we właściwem znaczeniu.

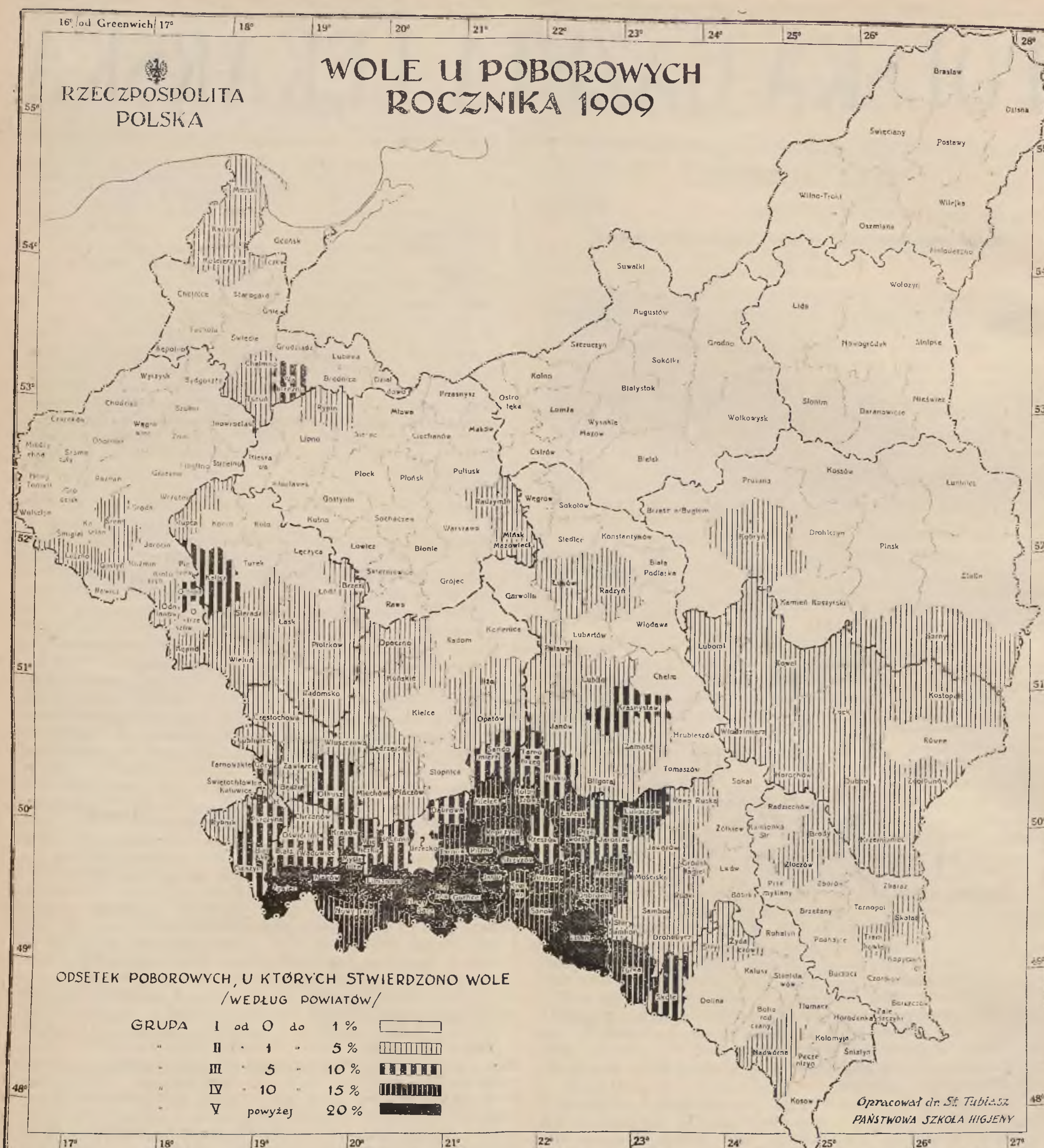
Otóż o najważniejszych z tych endemij można sądzić z naszego materjału w pewnym przynajmniej stopniu, bo materjał ten pochodzi nietylko z samych miast, gdzie był zbierany, ale i z sąsiednich obszarów endemicznych. I tak (operacyjny) materjał krakowski tylko w połowie pochodził z samego Krakowa i bliższej okolicy, w przeszło 1/4 zaś z zachodniego Podkarpacia i w niespełna 1/4 z południowych powiatów Kielecczyzny; z lwowskiego materjału przypadało mniejwięcej 2/3 na miasto

[11]) Wyliczając endemje wola z matołectwem w Alpach, Wogezach, Pirenejach, (a w mniejszem natężeniu) w Norwegji i na Sycylji, pisze: *„Diese Endemiegebiete sind die eizigen, die einen ausgesprochen kretinischen Einschlag aufweisen. Alle anderen Kropfgebiete in Europa ermangeln des Kretinismus“. (Comp. rend. de la Conf. internat. du goitre* 1927, str. 353).

[12]) Dr. Tubiaszowi i Redakcji „Lekarza Wojsk.“ dziękuję za zezwolenie przedrukowania tu mapy i za wypożyczenie kliszy.

[13]) Do badania histologicznego przesyłany bywa przeważnie materjał podejrzany co do złośliwości wola.

[14]) Nie wliczam tu przypadków operacyjnych wileńskich (około 100), o których otrzymałem tylko ogólną wiadomość.



z bliskiem sąsiedztwem i wyżyną Małopolską, prawie 1/6 na Podkarpacie środkowe i wschodnie, a ponad 1/6 na Wołyń a przynajmniej na najdalsze zachodnie skrzydło tamtejszej endemji [15]; warszawski materjał sekcyjny dotyczył tylko w 1/3 samej Warszawy i jej pobliża, a obejmował poczęści sąsiadujące od wschodu gniazdo endemiczne. Wileński zaś materjał charakteryzuje okolicę wolną od wola, skoro nawet w materjale sekcyjnym wole stanowiło tylko 1.8% (w statystyce poborowych tylko 0.2%, różnica z przyczyn poprzednio już omówionych), a około połowy materjału operacyjnego stanowił wól Basedowa [16]).

[15]) Szczegółowe dane z materjału lwowskiego, który miałem do rozporządzenia, ogłosił potem W o l f (P. G. L. Nr. 51. 1933).

Z 3 małych ognisk słabej endemji w okolicach Torunia, Leszna i Nadwórnej nie rozporządzam żadnym materjałem. Nie mam też bezpośrednich danych z ogniska endemicznego na północy Pomorza, którego centrum leży z pewnością w sąsiednim Gdańsku, ani ze wschodniej części Wołynia i Polesia, zagarnionej, zresztą słabo, skrzydłem endemji białoruskiej z centrum w okolicach Mińska. Ale o t ych 2 endemjach wnosić można pośrednio z badań F e l d m a n n a w Gdańsku i A r n d t a w Mińsku.

Zbyt dużo miejsca zajęłoby przytaczanie wszystkich szczegółów i cyfr z każdego zosobna ogniska endemicznego. Zestawię

[16]) Wedle listownej wiadomości od prof. M i c h e j d y.

więc materjał, bezpośrednio zebrany, razem, wedle omówionych poprzednio kryterjów.

Częstość wola jest największa w ognisku endemicznem zachodnio-małopolskiem. Pod tym względem zgodne są zupełnie statystyki, dotyczące poborowych, tak moja i Urbanika (aż do 7.1%), jak — z wyższemi coprawda odsetkami — Tubiasza (aż do 35.9% w powiecie nowosądeckim), oraz statystyki sekcyjne, zwłaszcza ze szczegółowem badaniem tarczycy, wykrywającem zmiany wolowe (w materjale mieszanym z okolic bardziej i z okolic mniej dotkniętych) w 49.2%. Wedle schematu należałoby przeto tę endemję zaliczyć do endemji o średniej ciężkości. Do lekkich należałoby zaś zaliczyć wedle statystyki u poborowych endemję wschodnio-małopolską (Lwów) — 8.9% (chociaż tu nadspodziewanie przy sekcjach znaleziono tylko 6%, co zależało może od przypadkowego zbiegu okoliczności), oraz w okolicach Warszawy, z odsetkiem wola w materjale sekcyjnym przy szczegółowem badaniu tarczycy 22.3% (mimo, że Województwo warszawskie jako całość wydawałoby się wedle statystyki u poborowych prawie wolne od endemji, a tylko ognisko na wschód od Warszawy uwydatnia się także w tej statystyce w cyfrach wedle powiatów. Województwo wileńskie jest, jak już wspomniałem, wolne od wola endemicznego.

Udział obu płci jest wedle naszego materjału podobny, jak we wszystkich lekkich i średnich endemjach, mianowicie wól u kobiet jest znacznie częstszy, niż u mężczyzn. Uwydatnia się to szczególnie w materjale operacyjnym. I tak na 100 przypadków wola było:

	mężczyzn	kobiet
w materjale operacyjnym we Lwowie	20%	80%
w materjale operacyjnym w Krakowie	19%	81%
w materjale sekcyjnym w Krakowie 1931—1932	31%	69%
w materjale sekcyjnym w Krakowie 1933	47%	53%
w materjale sekcyjnym w Warszawie 1921—1930	38%	62%

Ale w materjale sekcyjnym w Warszawie z r. 1933 ze szczegółowem badaniem tarczycy przypadało na mężczyzn 54% wola, na kobiety tylko 46%. Ta przewaga mężczyzn, jeżeli nie wynikła z przypadkowego zbiegu okoliczności, byłaby zastanawiająca ze względu na to, że ma ona być cechą endemji cięższej (Wegelin).

Średnią wagę tarczyc prawidłowych w ciągu życia przedstawia następujący wykres z naszego materjału, obok którego dla porównania podaję wykres, wykonany wedle cyfr podanych przez Wegelina co do tarczyc z Kielu (okolica wolna od wola), Berlina (średnia endemja „nizinna") i Berna Szwajcarskiego (ciężka endemja „górska), oraz wykres porównawczy z Berna, Krakowa i Kielu wedle Wyrobka.

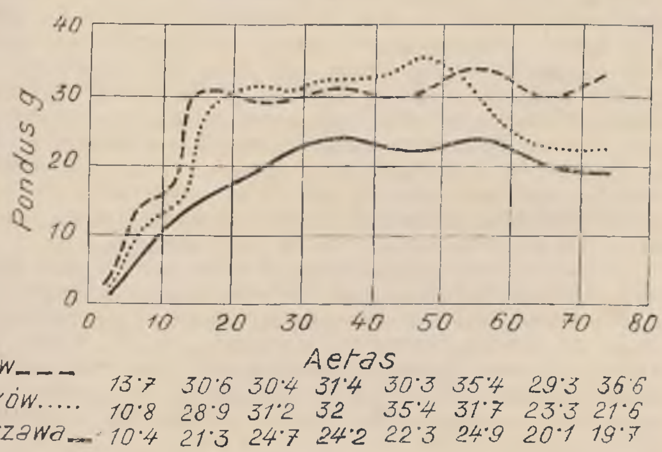


Fig. 3 a.

Linja wyrażająca wzrosty i spadki wagi tarczycy w poszczególnych dziesiątkach lat życia różni się znacznie w Warszawie od takich linij w Krakowie i we Lwowie, które są do siebie pod pewnym względem podobne. Mianowicie w materjale krakowskim i lwowskim linje te przebiegają wogóle wyżej, tarczyce prawidłowe są w każdym okresie życia cięższe, niż w materjale warszawskim, z wyjątkiem starości, w której waga tarczyc z materjału krakowskiego zbliża się do wagi warszawskiej, a przeciwnie w materjale lwowskim jeszcze bardziej od niej się odchyla. Ale i przebieg tych linij jest odmienny, w materjale lwowskim i krakowskim nieco wyraźniej falisty, przytem w obu waga tarczyc znacznie wcześniej wzrasta, niż w Warszawie; we Lwowie wyraźnie już w wieku szkolnym i w okresie pokwitania; w Krakowie raczej już po tym okresie. Najwyższą wagę osiągają tarczyce w Krakowie między 40 a 50 r. ż., poczem waga dość równomiernie spada. W materjale warszawskim szczyty są dwa, pierwszy w wieku dojrzałym (30—40 r. ż.), drugi w starości (50—60 r. ż.). W lwowskim materjale oprócz tych dwóch zaznacza się jeszcze jedno wzniesienie przed 20 r. ż. i jedno w bardzo późnym wieku.

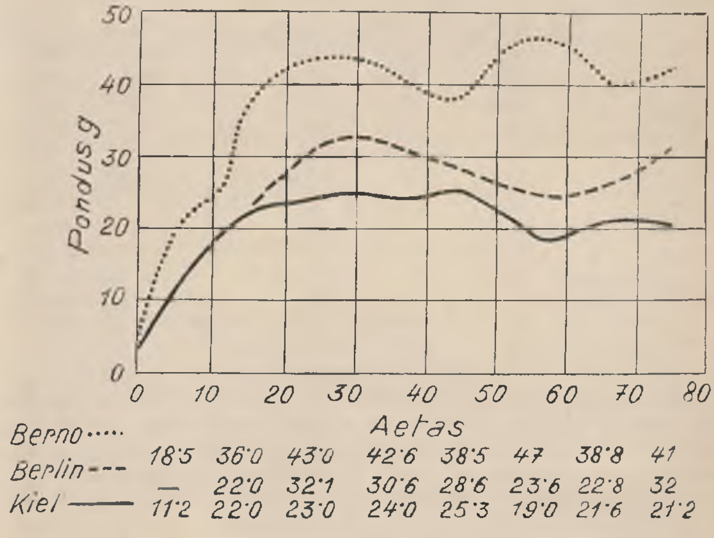


Fig. 3 b.

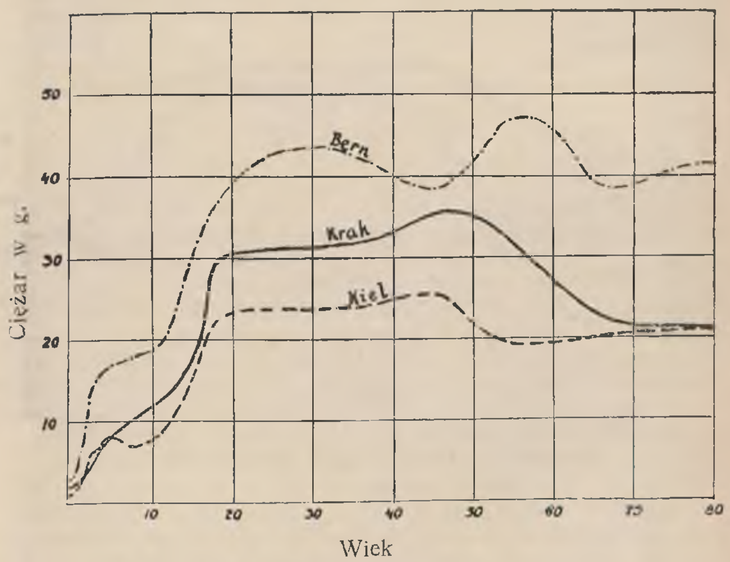


Fig. 3 c.
Średni ciężar tarczyc prawidłowych w różnych okresach życia.

Z porównania tego okresu z wykresem obok umieszczonym oraz z poprzednio podanym rosyjskim widać, że ciężar tarczyc w Warszawie zgadza się mniejwięcej z ciężarem tarczyc z okolic typowo bezwolowych (Kiel, Moskwa), a wahania się jego są bardzo podobne do wahań się ciężaru w Moskwie, natomiast różnią się od wahań w Kiel. Materjał zaś krakowski i lwowski przypomina berliński, gdzie jednak najwyższa waga wypada na okres dojrzałości i na okres bardzo późnego wieku. Wszystkie trzy linje różnią się natomiast wybitnie od linji Mińska, chociaż tamtejszą endemję zalicza Arndt do typowo „nizinnych", do jakich należy też berlińska. W Mińsku bowiem linja przebiega wybitnie falisto, bardzo „niespokojnie"; ciężar tarczycy dochodzi tam trzykrotnie w ciągu życia do szczytów, co przypomina nieco materjał lwowski; w Mińsku jednak każde z tych wzniesień wypada około dziesięć lat później, niż we Lwowie.

Częstość wola w różnych okresach życia przedstawia następująca tabelka:

Częstość wola w różnych okresach życia.

		Materjał sekcyjny Kraków 1931—1932		Materjał sekcyjny Kraków 1932—1933	Materjał sekcyjny Warszawa 1921—1930	Materjał sekcyjny Warszawa 1933	Materjał operacyjny Kraków	Materjał operacyjny Lwów
Liczba badanych przyp.		2010		500	9089	371		
Wśród nich wolów		170		246	863	83	107	515
Z tych przypada na r. ż.								
Noworodki	1.7		1.0					
—10	0.6	2.3%	6.7	7.7%	0.1%	1.2%	—%	—%
11—20		3.4		7.3	3.7	1.2	20.5	36.5
21—30		16		14.6	12.3	6.0	**50.4**	32.4
31—40		20.5		18.6	17.6	18.0	18.6	14.8
41—50		18.8		18.2	19.2	18.0	3.7	11.2
51—60		16		14.2	20.6	19.4	2.8	3.4
61—70		14.7		13	18.1	27.7	3.7	0.4
71—80		3.4		4.4	6.1	7.2	—	0.9
81—90		2.3		1.6	2.2	1.2		
91—		—		—				
nie podano wieku		2.3						
		99.7%		99.6%	99.9%	99.9%	99.7%	99.6%

Uderza w tem zestawieniu przedewszystkiem pojawianie się niezbyt rzadkie wola wrodzonego w Krakowie. Wole wrodzone ma jednak zdarzać się tylko w ciężkich endemjach, „górskich", nie zdarza się zaś lub jest rzadko w endemjach lżejszych — „nizinnych", a nie pojawia się wcale w lekkich — „podgórskich". Powtóre wole wieku szkolnego, które wyraźnie występuje nawet w niektórych „średnich" endemjach, „nizinnych" (Breda i Utrecht

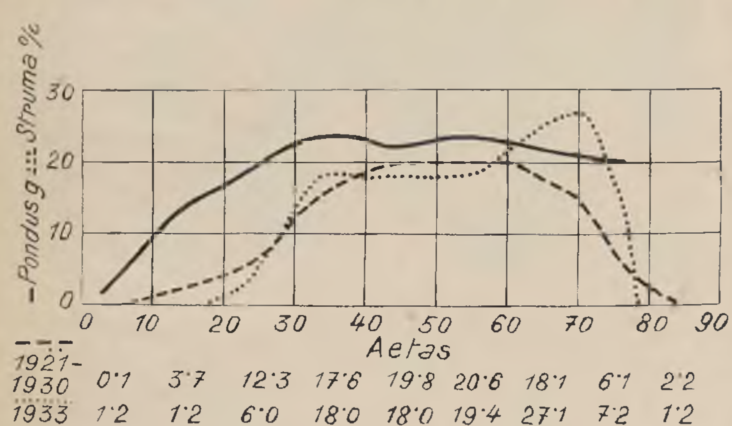


Fig. 4 a.

Stosunek ciężaru tarczyc prawidłowych do częstości wola w różnych okresach życia w Warszawie.

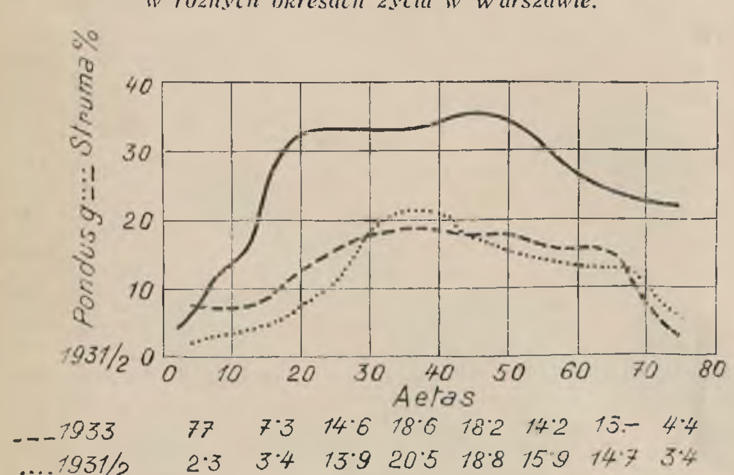


Fig. 4 b.

Stosunek ciężaru tarczyc prawidłowych do częstości wola w różnych okresach życia wola w Krakowie.

w Holandji wedle Josselin de Jonga) zajmuje tak w Krakowie, jak i w Warszawie, stosunkowo skromne miejsce. Nie widać tu w materjale sekcyjnym również wybitniejszego udziału wieku pokwitania w przeciwieństwie do lekkich nawet endemij w Europie zachodniej. W Krakowie częstsze jest wole dopiero po okresie pokwitania (*postpubertas*), a zwłaszcza nieco później, w sile wieku; zwłaszcza uderzający tu jest udział w materjale operacyjnym trzeciego dziesiątka lat życia, w wybitnem przeciwieństwie do materjału operacyjnego lwowskiego, gdzie wyraźnie przeważa wole okresu pokwitania. Ta przewaga wola okresu pokwitania w materjale operacyjnym lwowskim byłaby w zgodzie z wyraźnym tam wzrostem wagi tarczyc prawidłowych już w wieku szkolnym i pokwitania. Jednakże skądinąd ani w Krakowie ani w Warszawie nie można stwierdzić żadnej równoległości między ciężarem tarczyc prawidłowych a częstością wola w poszczególnych okresach życia (która to równoległość ma zachodzić w innych endemjach). Objaśnią to najlepiej następujące wykresy (Fig. 4 a i b).

Dok. nast.

DONIESIENIA TYMCZASOWE.

Dr. Józef Wacław GROTT, st. asyst. kliniki. Warszawa.

Wpływ adrenaliny i insuliny na poziom cukru we krwi tętniczej i żylnej [1]).

Z I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego.
Zast. Kierownika: Doc. Dr. Zdzisław Gorecki.

Jak wiadomo, utrzymanie normalnego poziomu cukru we krwi zależy od wątroby. Wskazują na to niezbicie doświadczenia Manna i Magatha. W poprzednich swych doświadczeniach wykazałem [2]):

1) że wątroba rzeczywiście odgrywa dominującą rolę w regulacji cukru we krwi,

2) że w drugim rzędzie przyjmują tu udział tkanki obwodowe i

3) że oba czynniki działające w kierunku antagonistycznym, t. j. te czynniki, od których zależy magazynowanie i zwalnianie cukru we krwi podczas pokarmowego przecukrzenia, wywierają swój wpływ jednocześnie zarówno na wątrobę jak i na tkanki obwodowe.

Wspomniane doświadczenia oparte były na jednoczesnem badaniu cukru we krwi z palca i z żyły. Zwykle krew żylna zawiera cukru nieco mniej niż krew z palca. Ze względu na ważność zagadnienia postanowiłem zbadać, jak się zachowuje regulacja cukru we krwi po insulinie, a następnie i po adrenalinie przy jednoczesnem badaniu krwi z palca i z żyły.

Insulina.

Jak wiadomo, insulina jest podstawowym czynnikiem, od którego zależy magazynowanie oraz spalanie cukru w ustroju. Toteż nic dziwnego, że wstrzykując naczczo od 20 do 24 jedn. insuliny, zawsze otrzymywałem obniżenie się krzywej cukru zarówno z palca jak i z żyły. W większości przypadków krzywa krwi żylnej zawierała cukru mniej niż krzywa krwi z palca. Było to zjawiskiem naturalnem, gdyż takie zachowanie się cukru żylnego łatwo tłumaczy się ubytkiem cukru wskutek naturalnych procesów magazynowania i spalania na obwodzie, spotęgowanych jeszcze działaniem insuliny. Jednak w warunkach moich doświadczeń to wzmożenie magazynowania i spalania cukru na obwodzie pod wpływem insuliny było bardzo nieznaczne, gdyż różnice pomiędzy zawartością cukru we krwi z palca i z żyły przeciętnie nie były większe niż to bywa naczczo.

W pewnej liczbie przypadków (5 razy na 13 badań) krzywa cukru żylnego choć zasadniczo obniżała się pod wpływem insuliny, to jednak stale lub w pewnych momentach zawierała cukru więcej w porównaniu z krwią pobraną z palca. Wskazuje to tylko, że w powyższych doświadczeniach, pomimo wybitnego działania insuliny, na obwodzie odbywa się jednocześnie zwalnianie cukru z magazynów. Przyjąć można, że w ten sposób

[1]) Według referatu wygłoszonego dnia 12 września 1933 r. w Sekcji medycyny wewnętrznej XIV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

[2]) Poprzednie prace oparte na jednoczesnych badaniach cukru we krwi z palca i z żyły: 1) J. W. Grott, Fr. Kowalski, Wł. Marat, St. Sawicki i St. Windyga: a) Pol. Arch. Med. Wewn. Tom VIII, z. 2, 1930, b) Le Sang T. V., Nr. 4, 1931. — 2) J. W. Grott, Fr. Kowalski i St. Windyga: a) Pol. Arch. Med. Wewn. Tom X, z. 3, 1932, b) Arch. des Mal. de l'App. dig. T. XXIII, Nr. 5, 1933. — 3) J. W. Grott przy współudziale Fr. Kowalskiego i St. Windygi: Pol. Arch. Med. Wewn. z. 1, T. XI. 1933.

ustrój broni się przed grożącą mu hipoglikemją. Niema w tem nic dziwnego, gdyż w tym samym czasie krew z palca zawierała pewną ilość cukru, czyli nawet i w wątrobie odbywało się wówczas zwalnianie cukru, aczkolwiek mocno hamowane przez wstrzykniętą insulinę.

Że tak jest istotnie, wskazują na to niektóre spośród moich doświadczeń jak np. badania wykonane u chorej W. Doświadczenie powyższe wskazuje tylko, że działanie insuliny raczej większe bywa w stosunku do wątroby, niż w stosunku do tkanek obwodowych.

Z doświadczeń z insuliną wynika:

1) że jedną z głównych cech działania insuliny jest hamowanie zwalniania cukru przez wątrobę,

2) że działanie powyższe insuliny jest mniej widoczne w stosunku do obwodu, niż w stosunku do narządu centralnego, t. j. wątroby.

Adrenalina.

Drugą serję doświadczeń wykonałem wstrzykując naczczo adrenalinę w ilości od 1 do 2 mg.

Jak wiadomo, adrenalina zasadniczo powoduje podwyższanie się cukru we krwi, czyli jest to czynnik działający na ustrój w ten sposób, że zwalnia cukier do krwi z jego magazynów.

Wobec powyższego po wstrzyknięciu adrenaliny należałoby oczekiwać zwalniania cukru nietylko przez wątrobę, lecz i przez tkanki jako magazyny obwodowe. Rzeczywiście okazuje się, że po adrenalinie cukier we krwi z palca zawsze podnosi się, zaś co do krwi żylnej, to również mamy tu podwyższenie się zawartości cukru we krwi jako zjawisko podstawowe. Jeśli natomiast porównywać obie krzywe, to okazuje się, że na 15 tego rodzaju badań, tylko w 6 przypadkach krzywa żylna wykazywała w pewnych momentach tylko lub przez czas dłuższy więcej cukru, niż krzywa krwi pobranej z palca, czyli że w 9 przypadkach i na obwodzie przeważało magazynowanie ew. spalanie cukru pomimo działania adrenaliny.

Wynika stąd, że jeśli idzie o regulację cukru we krwi. to:

1) również i dla adrenaliny wątroba jest głównym punktem zaczepnym działania,

2) że jak wskazują niektóre doświadczenia — pomimo zadziałania adrenaliny na czynniki „centralne" z wątrobą na czele — na obwodzie przeważa magazynowanie (ew. spalanie) cukru. Wskazuje to znów, że oba czynniki, od których zależy regulowanie cukru we krwi, działają zwykle jednocześnie.

Jako ogólny wniosek z przytoczonych doświadczeń wynika, że każdorazowy poziom cukru we krwi jest wypadkową, zależną od jednoczesnego wzajemnego oddziaływania na ustrój obu czynników antagonistycznych, wpływających na regulację cukru we krwi.

WYKŁADY KLINICZNE.

Stefan STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.
Edward GRODZIEŃSKI.

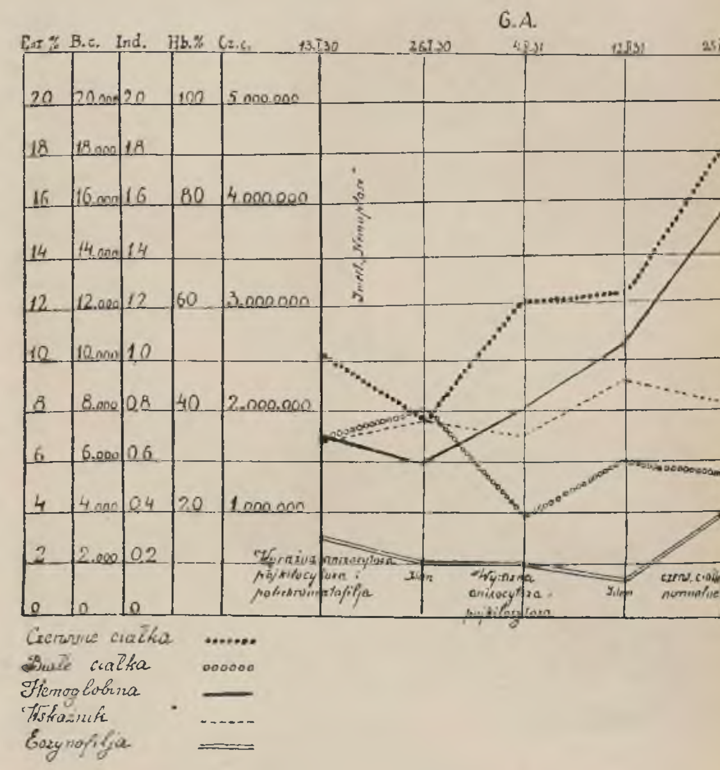
O ciężkiej niedokrwistości ciążowej i poporodowej.

Z Oddziału Wewnętrznego (kobiecego) Szpitala Szkolnego C. W. San. (Ujazdowskiego) w Warszawie.

Dokończenie.

Przypadek III. Gieln. A. lat 30, Nr. karty szpitalnej 7302/30, zgłosiła się do szpitala dnia 25. XII. 30 r. celem odbycia porodu, rodziła 2 razy, 3 poronienia sztuczne (ostatni poród przed 6 laty). Poród odbył się tegoż dnia siłami natury. Poród płodu po 15 minutach. Pęknięcie krocza 1 stopnia. Bliźniaki płci żeńskiej (wagi 2.400 i 2.600 g). Po porodzie stany podgorączkowe (do 37,5°), duże osłabienie, szum w uszach, bóle głowy i krzyża. Analiza moczu wykazała objawy przemijającego podrażnienia nerek (ślad białka, leukocyty 6—8 w polu widzenia, wałeczki po kilka w polu widzenia szkliste i z nawarstwieniami), jednakowoż bez zmiany chemizmu krwi (ilość mocznika — 50 mg %) i bez wpływu na ciśnienie krwi. Próba wodna, wykonana po przeniesieniu chorej na oddział wewnętrzny, wypadła zadawalniająco. Badanie morfologiczne krwi — patrz rys. 3. Badanie treści żołądkowej po próbnem śniadaniu B o a s a-E w a l d a: kwasota ogólna 12, kwas solny wolny 4, kwas mlekowy 0. Próbą M e t t'a strawiono 0,5 mm białka. Badanie okulistyczne: wylew w prawej plamce żółtej. Po spadku ciepłoty i ustąpieniu objawów nerkowych rozpoczęto podawanie kwasu solnego z pepsyną, wstrzykiwania strychniny z kakodylem oraz podawanie sproszkowanego żołądka (w postaci „*Ventrihormu*") w ilości trzech łyżeczek od herbaty dziennie, który chora zażywała przez cały czas pobytu w szpitalu. 17. II. została w stanie zupełnie dobrym wypisana na własną prośbę. Na oddział zgłosiła się po trzech latach (19. V. 33) ze skargami na dolegliwości sercowe. Samopoczucie przez cały czas zupełnie dobre, zajmuje się gospodarstwem. Badanie morfologiczne krwi wykazało stosunki normalne (patrz rys. 3).

Wnioski: Ciężka niedokrwistość poporodowa u osobnika z przebytem nieznacznem podrażnieniem nerek i podkwaśnością znacznego stopnia. Pomyślny wynik opoterapji. Ciąża bliźniacza. Brak nawrotu po trzech latach. Zmiany na dnie oka.



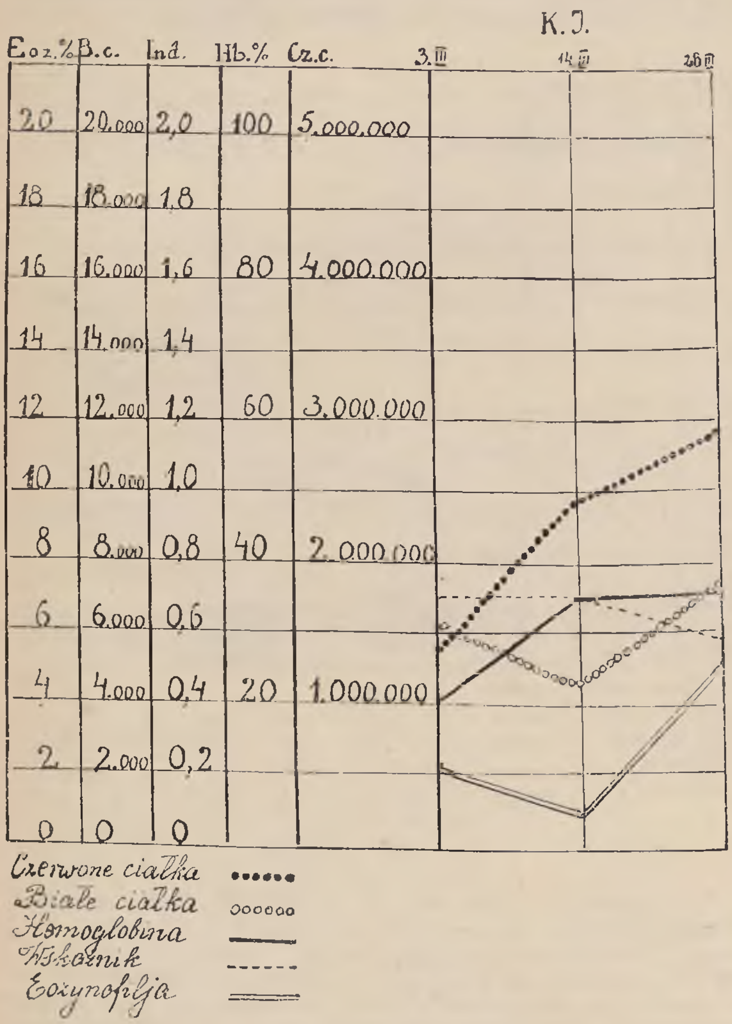
Rys. 3. (Przyp. III.).

Przypadek IV. Chora Kas. J. lat 28, Nr. karty szpitalnej 1408/28, zwróciła się na oddział wewnętrzny 1. III. 1928 r., podając, że od przebytego porodu (przed 3 tygodniami) czuje się bardzo osłabioną, ma stany podgorączkowe, bóle głowy, tak, że zmuszona jest pozostawać w łóżku. Podobny stan miał według słów chorej, miejsce przed 3 laty po pierwszej ciąży. Pozatem uskarża się jedynie na bicie serca. Zamężna od 5 lat, rodziła 3 razy (siłami natury). Ostatni poród przed 3 tygodniami. Nie roniła. Perjody prawidłowe. Po zbadaniu stwierdzono bardzo dużą bladość powłok z odcieniem lekko żółtawym. Podmuch skurczowy u podstawy serca. Przytłumienie nad prawym grzebieniem łopatki z zaostrzeniem szmerów oddechowych. Wątroba macalna spod łuku na 1 palec. Badanie moczu: bez odchyleń od normy. Badanie morfologiczne krwi — patrz rys. 4. Czas krzepnięcia — 9 minut, czas krwawienia — 4½ min. Badanie ginekologiczne żadnych odchyleń od normy nie wykazało. Kilkakrotne badanie kału na pasorzyty wypadło ujemnie. Leczenie polegało na codziennem podawaniu 250 g surowej wątroby oraz wstrzykiwaniach preparatu „*Hexa*" codziennie, w połączeniu z „*Hemoplase*" co drugi dzień. Po miesiącu chora opuściła oddział na własną prośbę ze znaczną poprawą ogólną i hematologiczną z zaleceniem dalszego leczenia domowego. O dalszym losie chorej brak danych.

Wnioski: Ciężka niedokrwistość poporodowa, nawracająca po następujących po sobie ciążach. Duża poprawa po leczeniu wątrobą.

Przypadek V. Chora Jur. J. lat 39, L. karty szpitalnej 599/28, zwróciła się do szpitala 25. I. 28 r. celem odbycia porodu. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Zamężna 11 lat. Ostatni poród przed 10 laty siłami natury, następnie 7 poronień sztucznych. Perjody od 13 roku życia, regularne. Z chorób przebywała odrę, dury brzuszny i powrotny. Poród odbył się 21. II. siłami natury, poród popłodu po 20 minutach siłami natury. Płód płci męskiej, wagi — 3.700 g. Po porodzie stan poza narastającem osłabieniem i bladością — zadawalniający. 5. III. badanie internistyczne stwierdziło: powłoki i błony śluzowe wybitnie blade, tętno 100/min., po małym wysiłku — 140/min., szmer skurczowy nad koniuszkiem, zawroty głowy, *mouches volantes*. W płucach brak większych odchyleń od normy. Śledziona lekko macalna spod

łuku żebrowego, niebolesna. Badanie morfologiczne krwi — patrz rys. 5. Objaw opaskowy zaznaczony minimalnie (po 15 min.). Po przeniesieniu chorej na oddział wewnętrzny rozpoczęto leczenie, które polegało na podawaniu 250 g surowej wątroby, wstrzykiwaniach strychniny z kakodylem, oraz *Hemoplase*. Niestety, na skutek wstrętu do spożywania wątroby, chora zażywała ją nieregularnie i w niedostatecznej ilości. Mimo to stan jej



Rys. 4. (Przyp. IV.).

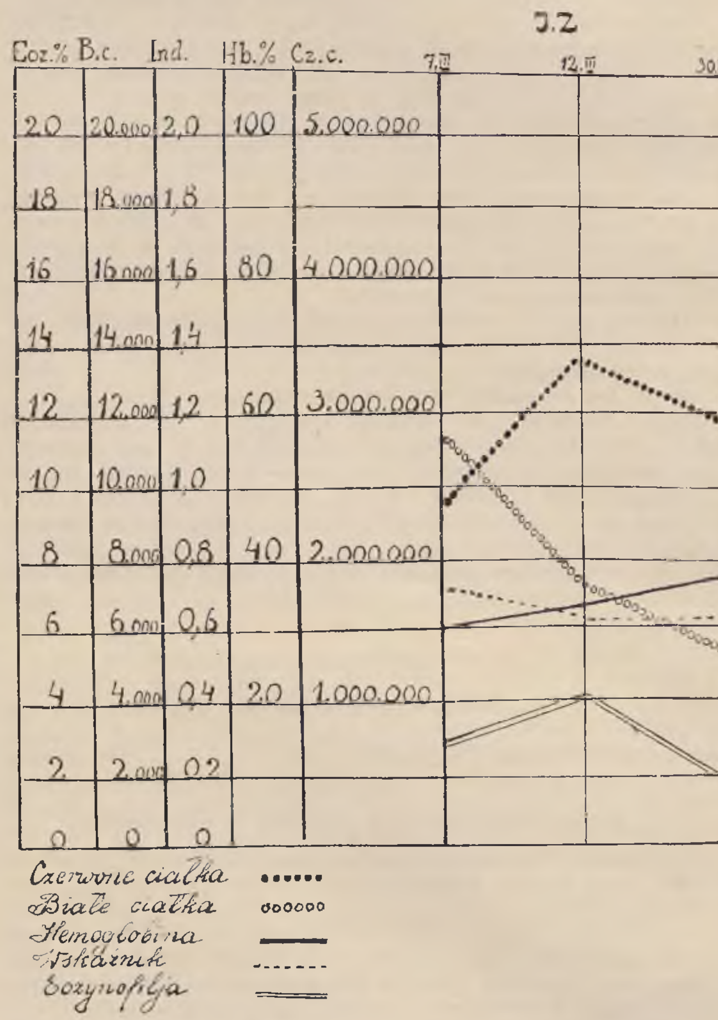
ogólny poprawił się bardzo. Bóle i zawroty głowy ustąpiły w zupełności. Osłabienie znacznie mniejsze. Chora opuściła oddział na własną prośbę 10. IV. z przybytkiem 1,000.000 czerwonych ciałek (w ciągu 3 tygodni).

Wnioski: Ciężka niedokrwistość poporodowa u osobnika 39-letniego, który przebył siedem skrobanek. Niezbyt zadawalniający wynik leczniczy spowodu trudności w podawaniu wątroby (początek 1928 r. brak preparatów do wstrzykiwań[4]).

Leczenie i rokowanie c. n. c. i p. wkroczyło na nowe tory z chwilą wprowadzenia do lecznictwa opoterapji w postaci podawania wątroby, względnie żołądka. Miało to również znaczenie społeczne ze względu na zmianę naszych poglądów co do wskazań do przerwania ciąży. Przerwanie ciąży było w epoce przedwhipple'owskiej pierwszym zabiegiem leczniczym, jaki u tego rodzaju chorych stosowano. Według A u b e r t i n'a leczenie w tych przypadkach jest wogóle bezskuteczne, o ile płód nie zostanie usunięty. Według statystyk dawniejszych śmiertelność ciężkiej niedokrwistości podczas ciąży była poprostu zatrważająca (według M i n o t'a 65% śmiertelności, według Mc. S w i n e y'a — 35%). Natomiast dzięki obecnym metodom leczniczym rokowanie nawet w przypadkach bardzo ciężkich jest naogół pomyślne. Zaznaczyć musimy, że według naszych spostrzeżeń przerywanie ciąży jest w tych przypadkach naogół zbędne, bowiem w I. okresie ciąży przerwanie jest mało wskazane ze względu na możność poprawy stanu ogólnego, zaś w II. jest nawet przeciwwskazane ze względu na ciężkość zabiegu, oraz możliwość raczej jeszcze większego pogorszenia niedokrwistości wskutek wykrwawienia. Jedyny wyjątek mogą stanowić rzadkie przypadki, w których leczenie narządowe nie daje dodatniego wyniku. W naszych przypadkach, w których początek niedokrwistości przypadał w ostatnich miesiącach ciąży, nie widzieliśmy po porodzie żadnej poprawy — przeciwnie, u obu chorych znaczne pogorszenie.

Pierwsi zaczęli stosować w c. n. c. leczenie wątrobą D e v r a i g n e i L a ë n n e c, oraz B r i n d e a u, J a c q u e t i T h e o d o r i d e s z dobremi wynikami. A u d e b e r t i F a b è r e dołączali do powyższej metody autohemoterapię. Równie pomyślne wyniki podaje S c h u m a n n (na 5 przypadków — w 4 zupełne wyleczenie) i R e u b e n-P e t e r s o n, F i e l d i M o r g a n, którzy w 3 przypadkach podawali wątrobę (w 2 z nich w połączeniu z przetaczaniem krwi) z bardzo dobrym wynikiem. W naszych 5 przypadkach — otrzymaliśmy korzystne wyniki lecznicze (może najmniej zaznaczone w przypadku 5, w którym chora nie mogła przezwyciężyć wstrętu do spożywania surowej wątroby).

Leczenie w przypadkach c. n. c. i p. powinno więc polegać na podawaniu preparatów sproszkowanego żołądka (pod postacią „*Ventraemonu*", „*Ventrihormu*" etc.) w ilości 3—4 łyżeczek do herbaty dziennie przez przeciąg conajmniej 4 tygodni, dalej na zażywaniu przez chore kwasu solnego z pepsyną, ewentualnie



Rys. 5. (Przyp. V.).

w połączeniu z pankreonem, oraz na stosowaniu środków ogólnie wzmacniających i krwiotwórczych (wstrzykiwania strychniny z kakodylem, *hemoplase*, hemostylu, etc.). Czasami konieczne bywa dołączyć do powyższych środków, ewentualnie poprzedzić je podawaniem wątroby, najlepiej w postaci wyciągu do wstrzykiwań (np. *Pernaemon)*. W przypadkach bardzo ciężkich, gdy ilość czerwonych ciałek waha się w granicach 1 miljona, niezbędne jest dokonanie przetaczania krwi. Zaznaczyć należy, że według K l a f t e n'a w tego rodzaju niedokrwistości wskazane jest dokładne zwrócenie uwagi na grupy krwi, a pożądana jest tożsamość grup dawcy i biorcy. Tego rodzaju leczenie było zastosowane w naszym przypadku Nr. 1.

Stosowanie środków opoterapeutycznych daje dobre wyniki w c. n. c. i p. zarówno typu niedobarwliwego i nadbarwliwego. Jak mogliśmy stwierdzić na własnym materjale, obejmującym kilkanaście przypadków ciężkich niedokrwistości, leczenie prepa-

---

[4]) Z przyczyn niezależnych w 2 ostatnich przypadkach nie uskuteczniono badania treści żołądkowej.

ratami żołądka winno być stosowane jako leczenie podstawowe we wszystkich przypadkach ciężkich niedokrwistości — o czem na innem miejscu. Dieta u chorych tego typu winna zawierać dużo żelaza (owoce, jarzyny). W odpowiednich przypadkach (niski % hemoglobiny) należy podawać łatwo przyswajalne preparaty żelaza oraz środki utleniające, (pigułki chlorofilowe, wdychanie tlenu). Jako pomocnicze wymienić można preparaty, pochodne z krwi zwierzęcej (*hemoplase*, hemostyl, hematogen i t. p.).

Wnioski:

Niedokrwistość ciążowa jest prawdopodobnie schorzeniem znacznie częstszem, niż można sądzić z piśmiennictwa, lecz zazwyczaj bywa nierozpoznawana. Dla wczesnego rozpoznania i trafnego postępowania leczniczego wskazana jest jaknajściślejsza współpraca położnika z internistą.

2. Ponieważ w niedokrwistości ciążowej dużą rolę gra niedomoga wydzielnicza śluzówki żołądka, pożądane jest co czas pewien badanie u ciężarnych treści żołądkowej i podawanie w odpowiednich przypadkach kwasu solnego, ewent. zdjęcie rentgenowskie śluzówki żołądka.

3. Prócz niedokrwistości ciążowej istnieć może również ciężka niedokrwistość poporodowa, w piśmiennictwie polskiem opisana tu przez nas po raz pierwszy, której patogeneza nie została jeszcze wyświetlona (3 przypadki własne).

4. Najcelowszem leczeniem w c. n. c. i p. jest opoterapja, zwłaszcza preparaty żołądkowe i wątroby.

5. Przerwanie ciąży nie jest, zdaniem naszem, celowym zabiegiem leczniczym w c. n. c., chyba w braku dodatniego wyniku po stosowaniu wspomnianych metod leczniczych.

6. Do c. n. c. i p. usposabiają przebyte cierpienia na tle przewlekłego zakażenia, jak np. w naszych 2 przypadkach zakażenie pałeczką okrężnicy, oraz, być może, większa ilość przebytych sztucznych poronień, jak w przyp. 5.

7. W dwóch przypadkach na pięć stwierdziliśmy ciążę bliźniaczą, co również może wywierać wpływ na patogenezę tego cierpienia (zwiększone zapotrzebowanie żelaza i większy rozpad krwinek matki).

8. Ciekawym objawem, spostrzeganym przez nas w 2 przypadkach, jest zjawianie się wylewów do plamki żółtej (*macula lutea*).

Piśmiennictwo:

1) Alle: South. Med. Journ. czerwiec 1930 (według Archives[5]) Nr. 11. 1932. — 2) Aubertin: cyt. według Rivière et Gautret. — 3) Audebert i Faber: według Archives. Nr. 3. 1931. — 4) Balfour: cyt. według Evans'a. — 5) Bensis i Gouttas: Le Sang. Nr. 2. 1930. — 6) Bland, Goldstein i First: Surgery, Gynecology and Obstetric, czerwiec 1933, według Archives Nr. 11. 1933. — 7) Bolaffio: Arch. f. Gynec. T. 151. Nr. 3. — 8) Braun: Polskie Arch. Med. Wewn. T. VII. Zesz. 4. — 9) Brindeau, Jacquet i Théodorides: Archives. Nr. 3. 1931. — 10) Brooke-Bland i Goldstein: Jour. of Americ. Med. Associat., 1929. — 11) Drexel: Med. Klin. Nr. 25. 1926. — 12) Evans: Lancet. Nr. 1. 1929. — 13) Heidler: Aerztl. Prax. Nr. 2. 1933. — 14) Hofbauer i Rowland: cyt. według Powell'a i Davey'a. — 15) Introzzi: H. Morgagni. Nr. 2. 1927 — według streszcz. w Med. Klin. Nr. 37. 1927. — 16) Kermauner: Aerztl. Praxis. Nr. 8. 1930. — 17) Kingsburg: Ann. Rep. of the Inst. for Medic. Research. 1931 — według Archives. Nr. 8. 1932. — 18) Klaften: cyt. według Heidlera. — 19) Lyon: Journ. of Amer. Med. Associat. Nr. 12. 1929. — 20) Mussey, Watkins, Kilroe: Amer. Journ. of Obstetr. and Gynecol. T. XXIV. Nr. 2. 1932 — według str. w Prasie Lek. Nr. 2. 1933. — 21) Osler: cyt. według Evans'a. — 22) Powell i Davey: Brit. Med. Journ. Nr. 12. 1928 — według Archives. Nr. 2. 1933. — 23) Preissecker: Aerztl. Prax. Nr. 1 i 3. 1931. — 24) Reuben-Peterson, Field, Morgan: Journ. of Amer. Med. Assoc. marzec 1930. — 25) Rivière i Gautret: Gazette hebd. des sciences Méd. Nr. 47. 1929 — według Archives. Nr. 2. 1931. — 26) Schneider: Folia Haematol. Nr. 3. 1927. — 27) Schultz: Münch. Med. Woch. Nr. 18. 33. — 28) Schumann: Med. Klin. Nr. 6. 1933. — 29) Leitz: Med. Klin. Nr. 37. 1927. — 30) Strauss i Castle: Amer. Journ. of the Med. Sciences. Nr. 5. 1932 — według La Presse Méd. Nr. 12. 1933. — 31) Mc. Swiney: cyt. według Evans'a.

[5]) Archives des Maladies du Coeur, des Vaisseaux et du Sang — w skrócie Archives.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

L. BERGER. Lwów.

Wpływ vitavit'u na przebieg gruźlicy u dzieci.

Z Przychodni Przeciwgruźliczej Nr. II. we Lwowie.

W związku z bardzo znacznym rozwojem przemysłu farmaceutycznego lekarz-praktyk staje coraz częściej przed trudnościami oceny tego lub owego środka reklamowanego przez produkującą firmę. Toteż zakłady lecznicze, posiadające możność przeprowadzenia dokładniejszych badań, winny wyniki tychże podawać do wiadomości ogólnej.

Nasze doświadczenia dotyczą preparatu „*Vitavit*", wytwarzanego przez Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w Warszawie. Jak wiadomo, „*Vitavit*" jest naświetloną ergosteryną, posiadającą własności witaminy D, przyczem siła działania została standaryzowana w ten sposób, że 1 cm^3 zawiera 5.000 jednostek ochronnych. Badania przeprowadzaliśmy na materjale naszej Przychodni. Przed rozpoczęciem leczenia poddawaliśmy prześwietleniu każde dziecko, odrzucając w ten sposób materjał, który, jakkolwiek klinicznie odpowiadał warunkom naszego założenia, to jednak rentgenologicznie nie wykazywał charakterystyczniejszych zmian chorobowych. Doświadczenia nasze dotyczą wyłącznie dzieci od lat 6—15 ze środowiska gruźliczego, z dodatnim odczynem Pirqueta względnie Mantoux, źle odżywionych i żyjących w złych warunkach mieszkaniowych. Chodziło nam bowiem o wypróbowanie, czy nie możnaby przez stosowanie „*Vitavit'u*" uzyskać wyników korzystnych, nie zmieniając odżywienia ani jakościowo ani ilościowo, ani też nie stosując leczenia klimatycznego. Uważaliśmy, że dodatnie wyniki mogłyby szczególnie w akcji zwalczania gruźlicy posiadać wartość społeczną.

Na początku każdej obserwacji, prócz ścisłego badania fizykalnego, oznaczaliśmy wagę, ciepłotę, objaw Biernackiego i, jak już wspomnieliśmy, przeprowadzaliśmy badania rentgenologiczne (prześwietlenie i zdjęcie). Niestety nie mogliśmy oznaczać zawartości wapnia we krwi, co miałoby dla nas duże znaczenie. Dzieci pozostawały w stałej naszej kontroli. Po ukończeniu leczenia powtarzaliśmy wszystkie powyższe badania dla celów porównawczych. *Vitavit* podawaliśmy 3 razy dziennie po 5—8 kropel wśród lub po jedzeniu w kakao, mleku lub zupie przez 4—6 tygodni. W dawkowaniu naszem odstąpiliśmy od wskazówek podanych przez firmę Spiess, uważając podane normy (3 razy dziennie po trzy do czterech kropel) za zbyt niskie, a zatem niewystarczające. W żadnym wypadku nie stwierdziliśmy hiperwitaminozy.

Dla objaśnienia przebiegu naszych badań, obejmujących 17 dzieci, podamy dwie historje choroby.

I. S. N. lat dziewięć. Wywiady: ojciec chory na gruźlicę rozpadową. Przebyła odrę, płonicę i błonicę. Przed dwoma laty zapalenie płuc. Od tego czasu kaszle i odpluwa. Od kilku miesięcy gorączkuje do 37,4°, poci się, nie ma apetytu i traci stale na wadze. Stan obecny: waga 19,40 kg, wzrost 113 cm. Ciepłota mierzona rano 37,5°. Dziewczynka wybitnie blada, taksamo widoczne błony śluzowe blade, liczne gruczoły szyjne i podszczękowe, migdałki wielkości bobu. Klatka piersiowa wąska, długa, płaska, po stronie prawej nieco gorzej ruchoma. Płuca: wypuk bez zmian. Przysłuchem szmery zwłaszcza w okolicy wnęki prawej szorstkie, liczne furczenia. Serce: wymiary prawidłowe, tony czyste, tętno 64, rytmiczne. Odczyn Pirqueta +++. Objaw Biernackiego 96'. Odczyn Wassermanna ujemny. Gorączka mierzona przez tydzień wykazuje stałą zwyżkę w godzinach popołudniowych do 37,8°, a czasem i rano. Badanie rentgenologiczne (Ryc. 1): wyraźnie powiększone i zagęszczone cienie wnęk zwłaszcza prawej, promieniowanie od wnęki prawej ku obojczykowi. Izolowany (może pozornie) cień, słabo wysycony, nieregularnego kształtu z wypustkami na wysokości 3. przestworza prawego z przodu licząc. Nieco poniżej wnęki prawej grupka zwapnień większych, centralnie miękkich i mniejszych jednolicie wysyconych wzdłuż oskrzela dolnego prawego. Przepona dobrze ruchoma. Zastosowaliśmy *Vitavit*. Po tygodniu waga spada do 18.20 kg, temperatura utrzymuje się na tym samym poziomie. W drugim tygodniu ciężar wynosi 19.10, ciepłota dochodzi najwyżej do 37.2°, w czwartym tygodniu dziecko waży już 21,20 kg, ciepłota prawidłowa. W 6. tygodniu kończymy leczenie *Vitavit'em*, notując ciężar 22.50 kg, a więc przybytek 3.10 kg. Ciepłota jest zupełnie prawidłowa. Dziecko wyraźnie lepiej wygląda, nie jest blade i apatyczne, jak na początku. Badanie fizykalne płuc nie wykazuje prócz zaostrzenia szmerów nad wnęką prawą żadnych odchyleń od normy. Objaw Biernackiego 172' (na początku 96'). Gruczoły szyjne znacznie mniejsze i w mniejszej ilości. Końcowe badanie rentgenologiczne (patrz rycina 2) wyka-

zuje: po stronie prawej cień wnęki wydaje się być mniejszym, węższym, centralne wyjaśnienia większych zwapnień utrzymane, izolowane ocienienie w trzecim przestworzu niewidoczne. Zwapnień świeżych nie widać.

II. M. F., lat sześć. Matka chora na gruźlicę płuc (prątki obecne) i pozostaje w leczeniu Przychodni. Dziecko przebyło odrę, płonicę i zapalenie ucha środkowego. Kaszle i odpluwa, łatwo się poci, szczególnie w nocy, gorączkuje do 37,5°, apetyt zły, kłucie w okolicy łopatki lewej, stolce zaparte, mocz oddaje prawidłowo. Stan obecny: waga 16 kg, wzrost 101 cm, ciepłota 37,2° rano.



Ryc. 1.

Blada, bardzo liczne gruczoły szyjne i podszczękowe, migdałki wielkości małej śliwki, nos siodełkowaty. Klatka piersiowa symetryczna, dobrze ruchoma, płaska. *Habitus asthenicus.* Płuca: wypuk prawidłowy, nad szczytem prawym wydech wydłużony, szorstki, w okolicy wnęki lewej szmery zaostrzone, pojedyncze furczenia po stronie lewej. Serce: tony czyste, tętno 90, rytmiczne. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Odczyn Pirqueta ++++. Odczyn Biernackiego 140'. Odczyn Wassermanna ujemny. Ciepłota mierzona przez tydzień wykazuje stałe wzniesienie popołudniu do 37,4°. Badanie rentgenologiczne: nieznacznie zagęszczony i silnie powiększony cień wielkości orzecha laskowego o jednolitem wysyceniu przy wnęce lewej. Zastosowaliśmy *Vitavit*. Po tygodniu waga 15.10 kg, ciepłota dochodzi do 37,6° popołudniu, 37,1° rano. W 2. tygodniu waga 16.40 kg, ciepłota do 37,2° popołudniu, zresztą prawidłowa. W 3 tygodniu waga 18,60 kg, ciepłota prawidłowa. Leczenie kończymy w czwartym tygodniu waga 19.70, a więc przybytkiem 3.70 kg. Badanie fizykalne nie wykazuje w płucach żadnych zmian. Odczyn Biernackiego 320' (na początku 140'). Badanie rentgenologiczne: stan jak w badaniu poprzedniem.

Dla wyprowadzenia ostatecznego wniosku poddamy analizie poszczególne etapy działania *vitavit'u*.

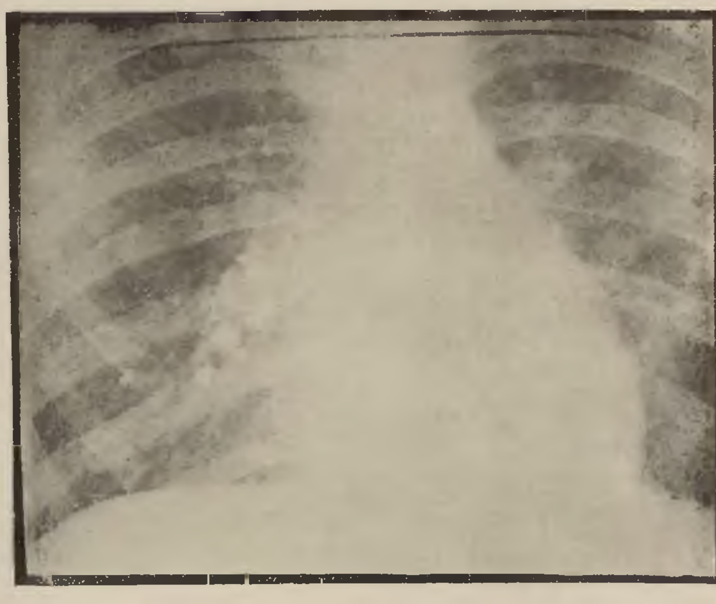
1) C i ę ż a r. Na początku obserwacji we wszystkich prawie bez wyjątku wypadkach (94%) stwierdziliśmy ubytek ciężaru i to dość znaczny, bo wynoszący około 10% wagi zasadniczej. W drugim tygodniu naogół nie występuje już dalsza utrata na wadze, choć nie we wszystkich wypadkach. W dwu wypadkach waga dalej spadała do około 15%. W trzecim tygodniu waga już przewyższa wartości początkowe, by je w czwartym do szóstym tygodniu przekroczyć o 15—25%. Nie mogliśmy dokładnie określić, na czem polega początkowa utrata na wadze tak regularnie występująca. Może przyczyną tego jest żywsza przemiana materji; badania jednak w tym kierunku nie były dla nas możliwe i nie należały do zadania, jakie sobie zakreśliliśmy.

2) C i e p ł o t a. U dzieci ze stanem podgorączkowym stwierdzaliśmy w pierwszym tygodniu wzniesienie krzywej gorączki w każdym prawie przypadku. U dzieci niegorączkujących wartości dzienne wzrosły o 0,2 do 0,5° w pierwszym tygodniu. Po drugim tygodniu we wszystkich przypadkach następuje spadek ciepłoty do normy. Z przebiegu badań odnieśliśmy wrażenie, że pomiędzy utratą na wadze a zachowaniem się ciepłoty istnieje ścisła korelacja, prawie że stosunek wprost proporcjonalny.

3) O b j a w B i e r n a c k i e g o. Tu wpływ *Vitavit'u* jest całkiem wyraźny. Działanie wyrażające się w poprawie wartości początkowych o. B. uważamy za szczególnie korzystne. Objawowi temu bowiem przypisujemy na podstawie naszego dużego doświadczenia wielkie znaczenie prognostyczne.

4) Ł a k n i e n i e. Wpływ *vitavit'u* jest tu bardzo wybitny. Już w drugim tygodniu zaznacza się bardzo korzystny zwrot, co matki leczonych dzieci szczególnie podkreślają. Toteż zachęceni tem działaniem stosowaliśmy, niezależnie od przypadków objętych naszą pracą, *vitavit* u dzieci cierpiących na brak łaknienia, bez dającej się wykazać etjologji. U dzieci tych wszelkie środki pobudzające apetyt nie dawały żadnego rezultatu. Jak już zaznaczyliśmy, po tygodniu daje się już wykazać wybitna poprawa łaknienia.

5) B a d a n i e r e n t g e n o l o g i c z n e. Zdawaliśmy sobie sprawę, że wymagania nasze postawione przez nas *vitavit'owi* w kierunku poprawy, dającej się wykazać rentgenologicznie, były zbyt wygórowane. Naogół też podczas stosunkowo krótkotrwałego czasu obserwacyjnego większe odchylenia nie dały się wykazać. Nie mniej jednak w pewnym odsetku poprawa taka występuje, jak to widać na rycinie (Nr. 2).



Ryc. 2.

Reasumując wyniki powyższych badań podkreślić musimy przedewszystkiem wpływ *vitavit'u* na wagę. Pozostaje on w ścisłej łączności z poprawą łaknienia. Korzystnie też odbijało się leczenie na potach nocnych, które zmalały znacznie, a nawet zupełnie ustępowały. A wreszcie, co również ważne, stwierdzaliśmy poprawę samopoczucia u leczonych dzieci. Z apatycznych, przygnębionych stawały się żywsze, wesołe, ruchliwe.

Na podstawie powyższych danych stwierdzić należy, że *vitavit* jest w naszem lecznictwie nabytkiem cennym i doskonale zastępuje analogiczne przetwory zagraniczne, a nawet je przewyższa. Przypadki przez nas leczone pozostają nadal w naszej obserwacji; szczegóły podamy w innej pracy. Dopiero wówczas będziemy mogli odpowiedzieć na pytanie zasadnicze, czy *vitavit* nadaje się do stosowania masowego, zwłaszcza że prowadzimy badania porównawcze z materjałem, który przebywał na kolonji wypoczynkowej.

Kończąc, dziękuję Sekundarjuszowi Oddziału Rentgenologicznego kol. Dr. B a u m w a l d t o w i za łaskawe przeprowadzenie żmudnych badań oraz firmie L. Spiess za dostarczenie mi materjału do badań doświadczalnych.

Piśmiennictwo:

1) J. H r y n k i e w i c z o w a: Przegl. Dent. 1932, 2. — 2) A. S. M e l c e r: Pol. Gaz. Lek. 1933, ark. 11. — 3) K. F u n k: Witaminy, 3. wydanie 1924. — 4) B a m b e r g e r i S p r a n g e r: D. M. W. 1928, 27. — 5) B a c k m e i s t e r: Lehrb. der Lungenkrankheiten, 1931, str. 313 i nast.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Władysław ARCISZEWSKI. Warszawa.

O znaczeniu fizyko-chemicznych badań wód mineralnych.

Każdy niemal kraj posiada zdrojowiska, które do swych źródeł przyciągają rokrocznie liczne rzesze chorych, szukających ulgi w dręczących ich cierpieniach. Leczenie wodą, wodolecznictwo, jest równie stare, jak i medycyna, a pod względem swej popularności, jako lecznictwo, stojące blisko „sił przyrody", przewyższa częstokroć leczenie „kuchnią łacińską". Już za czasów starożytnych Rzymian i Greków istniało wodolecznictwo, owiane mistycyzmem sztuki nadprzyrodzonej. Cieszyły się uznaniem i sławą uzdrowiska: *Aquae Gratianae, Aquae Sextiae, Vicus Aquensis, Vicus Aquarum* i inne. (Cyt. wg. Korczyńskiego).

Długi jest szereg cierpień, zniewalających człowieka do szukania ratunku w wodach leczniczych, których skuteczność przeciw tym, lub innym dolegliwościom została stwierdzona drogą wielowiecznej obserwacji. Choroby żołądka, kiszek, wątroby, nerek, naczyń, krwi, niektóre choroby ustrojowe (dna), należą do tych schorzeń, w których stosowanie odpowiednich wód mineralnych przynosi niewątpliwą ulgę. Jeżeli wpływ wód mineralnych na chory organizm nie podlega żadnej wątpliwości, to mechanizm ich oddziaływania na złagodzenie objawów chorobowych pozostaje jeszcze często w dziedzinie spraw niedostatecznie wyjaśnionych. Rzymianie łączyli własności lecznicze wód z pojęciem „*Quod divinum*", Niemcy — z pojęciem „*Brunnengeist*". W czasach późniejszych zwrócono się do analizy chemicznej (Bunsen, Fresenius, Liebig, Aleksandrowicz) i do ostatnich jeszcze czasów jedynym sposobem zaznajomienia się z wodą danego źródła była szczegółowa analiza chemiczna, jakościowa i ilościowa.

Analiza taka dawała dość drobiazgowe pojęcie o składzie chemicznym, lecz niezawsze wyświetlała, „jak" działa dana woda i na czem polega istota zachodzących w organiźmie pod jej wpływem procesów. Pozatem wyłączna analiza chemiczna miała tę ujemną stronę, że prowadziła do uogólnienia wskazań leczniczych. Przykłady wód o skąpej zawartości minerałów i, pomimo to, wybitnem działaniu leczniczem dowodzą, że działanie wody mineralnej nie zależy wyłącznie od jej składu chemicznego. Np. silnie zmineralizowana woda „*Vals Rigolette*", zawierająca 8 g $NaHCO_3$, jest pod względem leczniczym prawie bezwartościowa, podczas gdy woda *Vichy Grande Grille*, zawierająca tylko 5 g tejże soli, posiada wybitne działanie lecznicze (Kopaczewski). Niezawsze tłumaczy działanie lecznicze wody mineralnej zawartość w niej gazów (Moureu), lub też ciał promieniotwórczych (Curie i Laborde). Są bowiem wody mineralne, leczniczo czynne a niezawierające gazów i ciał promieniotwórczych. Obecność wszystkich tych składników jednak nie wyjaśnia nam, skąd powstają w wodach mineralnych liczne procesy utleniania, redukcji, lub wypadania zawartych w nich minerałów. Pozatem charakterystyczną cechą wielu wód mineralnych jest dość szybkie wyczerpywanie się ich własności leczniczych po zaczerpnięciu ze źródła. Fakt ten spostrzegli nietylko uczeni badacze, lecz i laicy, którzy doskonale zdają sobie sprawę, że wody mineralne wywierają bez porównania lepszy skutek na miejscu, u źródła, niż jeżeli te same wody pija się w domu z butelek. „Wody u źródła często posiadają własności lecznicze, które tracą po kilku godz. od zaczerpnięcia... Jeżeliby własności lecznicze wód uzależnione były jedynie od rozpuszczonych w nich soli, to należałoby się spodziewać możliwości przyrządzenia wód sztucznych o tych samych wartościach leczniczych, co jednak zawiodło. Stąd nasuwa się wniosek, że sole te znajdują się w wodzie mineralnej w pewnym, czynnym „chwiejnym" stanie, który z biegiem czasu przechodzi w stan stały „nieczynny"...", jak mówi w swej pracy o wodach mineralnych naturalnych i sztucznych S. Kramsztyk. Zwłaszcza wyraźnie występuje ta chwiejność stanu soli w wodach żelazistych, gdzie nieraz już po paru minutach od zaczerpnięcia zaczyna wypadać brunatny tlenek żelaza. Wobec tego, że podobną niestałość materji spotykamy w rozpyłkach (koloidach), nasunęło się podejrzenie, czy w wodach mineralnych nie mamy do czynienia z minerałami w stanie rozpyłkowym i czy stan ten nie jest często źródłem ich leczniczego działania. Przypuszczenie to pierwszy wypowiedział w drugiej połowie ubiegłego stulecia Loutry, a następnie i inni autorowie (Garrigou, Iscovesco, Roger). Te i inne nowe poglądy na istotę wód mineralnych wysunęły z konieczności i inne metody ich badania.

Poza ścisłemi badaniami chemicznemi znalazły zastosowanie w metodyce badań wód mineralnych zasady fizyko-chemji. Boujean zwrócił uwagę na stałość stopnia mineralizacji pewnych wód, Dienert zaś, oraz Chassevant polecają oznaczanie przewodnictwa elektrycznego jako pewny sposób rozpoznawczy dla utożsamienia danej wody. Prof. Kopaczewski, (zmodyfikowawszy most Kohlrausch'a) przeprowadził pomiary przewodnictwa elektrycznego całego szeregu wód (około 30) i przekonał się, że jego wyniki zgadzają się z wynikami, osiągniętemi przez innych badaczy. Ta, dość dokładna zgodność otrzymanych rezultatów utwierdziła go w przekonaniu, że stopień jonizacji wód mineralnych jest ich cechą stałą. Badania te przeprowadzono z wodami butelkowanemi. Rzecz niezmiernie doniosła, że te same wody, badane u źródła, wykazały inne przewodnictwo elektryczne.

Poniżej przytaczamy jedną z tablic z wynikami badań Kopaczewskiego:

Zmiany w przewodnictwie elektrycznem wód mineralnych.

	Źródła *Vidago*			Źródła *de Pedras Salgadas*		
	Nr. 1	*Nr. 2*	*Sabroso*	*Preciosa*	*Penedo*	*G. d Alcaline*
U źródła	$48,0 \times 10^{-4}$	$25,9 \times 10^{-4}$	$17,9 \times 10^{-4}$	$18,4 \times 10^{-4}$	$18,4 \times 10^{-4}$	$24,6 \times 10^{-4}$
Po 9 dniach	$54,0 \times 10^{-4}$	$28,7 \times 10^{-4}$	$22,4 \times 10^{-4}$	$20,6 \times 10^{-4}$	$18,9 \times 10^{-4}$	$22,4 \times 10^{-4}$

Różnice w przewodnictwie elektrycznem wód butelkowanych w porównaniu z temiż wodami, badanemi u źródła, tłumaczy Kopaczewski tem, że w wodach butelkowanych zachodzą trojakiego rodzaju zmiany: 1) Szkło posiada elektrolity, które w ciągu 2, 3 pierwszych dni przechodzą do wody, zwiększając przez to jej przewodnictwo (badania Lasseur'a i F. Girodet'a). 2) Rozczyny elektrolitów podlegają sczasem licznym zmianom, jak: hydratacja, utlenianie, redukcja, hydroliza, co wpływa również na przewodnictwo elektryczne. 3) Wpływ ciał radjoaktywnych, które sczasem ulatniają się z wody. Badanie przewodnictwa wód mineralnych pozwala nam sądzić nietylko o stopniu jonizacji danej wody, lecz i o obecności w niej rozpyłków. Za obecnością rozpyłków w wodach mineralnych przemawia szereg faktów: przewodnictwo elektryczne wody mineralnej, jak i przewodnictwo elektryczne rozpyłków, wzrasta przy rozcieńczaniu, wskutek zwolnienia pewnej ilości jonów. Samo oznaczanie przewodnictwa elektrycznego wody mineralnej nastręcza takie same trudności techniczne, jak i przy rozpyłkach, wskutek chwiejnego stanu ich równowagi fizyko-chemicznej. Jeżeli, wzorując się na składzie chemicznym pewnej wody mineralnej, przyrządzi się wodę sztuczną, to różnica przewodnictwa elektrycznego będzie się wahała od 14% do 20% i wogóle stopień przewodnictwa wody mineralnej naturalnej nie odpowiada jej zawartości elektrolitów (Kopaczewski). Niemniej ciekawie przedstawiają się wyniki badań nad zjawiskiem elektrowłosowatości *(phénomènes electrocapillaires)* w wodach mineralnych. Zjawisko to polega na tem, że w zależności od rodzaju ładunku elektrycznego, barwik rozpyłkowy albo wznosi się na pewien, stosunkowo wysoki, poziom na zanurzonym w nim pasku bibułki-celulozy (rozpyłek elektroujemny), lub też kłaczkuje się i osiada tuż nad poziomem zanurzenia (rozpyłek elektrododatni). Czułość metody jest tak wielka, że pozwala wykryć obecność pewnych rozpyłków w stężeniu 10^{-8} *(collargol)* (Kopaczewski). Otóż, jak wykazały badania Kopaczewskiego, pewne wody mineralne hamują zupełnie zjawisko włosowatości barwików rozpyłkowych elektro-ujemnych. Istnienia tu oddziaływań międzyrozpyłkowych dowodzi fakt, że, o ile utrwalimy barwiki rozpyłkowe, dodając np. gumy arabskiej, lub peptonu, to podobnego zahamowania włosowatości nie otrzymamy. Woda mineralna sztuczna o takim samym składzie chemicznym co naturalna, nie wykazuje podobnego wpływu na zjawisko włosowatości. To, co przytoczyliśmy o wodzie mineralnej naturalnej, dotyczy wody, świeżo zaczerpniętej ze źródła. Woda butelkowana zachowuje się po pewnym czasie jak woda mineralna sztuczna i nie wpływa na zjawisko włosowatości. W ten sposób analiza elektrowłosowatości daje nam łatwy sposób odróżnienia pełnowartościowej, „żywej" wody mineralnej od tejże wody, pozbawionej już pewnych własności fizyko-chemicznych, a zarazem leczniczych, wody „martwej", jak wyrażają się niektórzy autorzy.

W 1913 r. Billard ogłosił wyniki swoich badań, dotyczących działania zapobiegawczego wody *Royat* przeciw wstrząsowi. Ta antyanafilaktyczna własność wody mineralnej da się logicznie powiązać z obecnemi naszemi pojęciami o zjawisku

Badania elektrowłosowatości wód w Spa (wg. Kopaczewskiego).

	Hemikoloidy						Koloidy								
	Fuksyna			Błękit metylenowy			Kolargol			Nigrozyna 0			Wezuwina		
	Włosowatość w cm						Włosowatość w cm								
H_2O	7,0	10,0	7,5	19,0	19,0	—	17,5	24,5	18,0	20,0	22,5	—	13,0	12,0	—
NaCl 7‰	12,0	12,0	—	16,0	17,0	—	19,5	—	—	19,5	—	—	12,0	—	—
„Pouhon" żywy	5,0	6,5	6,0	21,0	19,0	21,5	0	0	0	17,5	20,0	21,0	13,5	12,5	8,0
„Pouhon" martwy	9,0	—	—	21,7	—	—	23,0	23,0	—	18,0	23,0	—	11,5	8,5	—
„Pouhon" sztuczny	9,0	—	—	22,0	—	—	23,0	—	—	19,0	—	—	16,5	—	—
Źródło „Reine"	9,0	—	—	21,0	—	—	21,5	—	—	20,5	—	—	14,0	—	—

wstrząsu, jako wyrazie zaburzeń równowagi fizyko-chemicznej płynów i tkanek organizmu. W 1919 r. podjął tę kwestję prof. Kopaczewski, badając wpływ antyanafilaktyczny, lub, jak chce ten uczony, „filaktyczny" wody *Royat*. W tym celu serja 14 świnek morskich została uczulona zapomocą zastrzyku 0,1 cm³ surowicy przeciwbłoniczej, a następnie zastrzykiwano im podskórnie w ciągu 34 dni po 3 cm³ wody mineralnej *Royat (Eugénie)*, poczem zastrzyknięto ponownie po 0,5 cm³ tej samej przeciwbłoniczej surowicy, przechowanej w ciemni i aseptycznie. Zwierzęta kontrolne (którym nie zastrzykiwano wody mineralnej) padły w ciągu dwóch minut po ponownem zastrzyknięciu surowicy, podczas gdy żadna z 14 świnek z badanej serji nie wykazała najmniejszych objawów wstrząsu. To wyraźne działanie przeciwwstrząsowe wody *Royat* tłumaczy Kopaczewski tem, że zawarte w niej zasadowe węglany i dwuwęglany zwiększają lepkość surowicy, co wpływa na stabilizację rozpyłków. W ten sam sposób zbadał Kopaczewski wody żelaziste w Spa i również wykazał ich filaktyczne własności. Działanie jednak wody żelazistej zastrzykniętej podskórnie, było podobne do działania zastrzyku surowicy. Zastrzyk wody żelazistej po uprzednim zastrzyku uczulającym surowicy, wywoływał podobny wstrząs, jak i po uprzednim zastrzyku uczulającym tej samej wody. Jeżeli weźmiemy wodę, w której z biegiem czasu nastąpiło kłaczkowanie żelaza rozpyłkowego, i przesączymy ją, to nie wykaże ona żadnych własności filaktycznych. Dowodzi to, że woda żelazista „umiera" i staje się sczasem leczniczo nieczynna.

W związku z stwierdzonemi doświadczalnie zmianami fizykochemicznemi, zachodzącemi z biegiem czasu w wodach mineralnych, wyłania się ważna kwestja przechowywania, butelkowania ich. Stosowano różne sposoby utrwalania wód mineralnych, jak: dodawanie kwasów organicznych w minimalnych ilościach (ślady), wypełnianie przestrzeni między powierzchnią wody a korkiem jednym z gazów obojętnych, nasycanie wody CO_2 i t. d. Nie doprowadzało to jednak do celu i nie zabezpieczało wody przed wymienionemi wyżej zmianami. Wobec roli, jaką odgrywają w wodach mineralnych rozpyłki, Kopaczewski oparł na ich własnościach fizyko-chemicznych swój sposób stabilizacji. Wychodząc z założenia, że trwałość rozpyłków uzależniona jest głównie od trzech warunków: lepkości, napięcia powierzchniowego i ładunku elektrycznego, zaproponował dodawanie do wód mineralnych peptonu, białka, gumy, lub soli radjoaktywnych. Jak dowiodły następne doświadczenia, udało się temu uczonemu w wymieniony sposób przechować w stanie niezmienionym wodę *Pierre le Grand* w Spa w ciągu paru miesięcy.

Wymienione wyżej własności fizyko-chemiczne wód mineralnych mają cechy tak charakterystyczne, że niepodobna ich ominąć przy oznaczaniu chemicznem jakiejbądź wody. Badanie fizykochemiczne wody mineralnej nietylko daje nam możność jej utożsamiania, lecz upewnia nas co do jej „wieku", uprzedzając o starzeniu się wody i, co za tem idzie, utracie własności leczniczych. Fizyko-chemja rzuca promień światła na istotę leczniczego działania wód, na to tajemnicze *„quod divinum"* starożytnych. Zetknięcie się rozpyłków wody mineralnej i organizmu stwarza bezmiar możliwości. Jednym z takich przejawów jest wstrząs, którego istotę i stopień natężenia nie da się zgóry ocenić, ani ograniczyć, a który jest, jak już wspomnieliśmy, wyrazem poważnych zmian, zachodzących w płynach i tkankach organizmu. Dokładne zbadanie pod względem fizyko-chemicznym leczniczych wód mineralnych staje się nakazem obecnego stanu wiedzy lekarskiej.

Posiadając pokaźną liczbę pierwszorzędnych uzdrowisk wodoleczniczych, winniśmy się zapoznać z fizyko-chemicznemi własnościami naszych wód mineralnych. Badania takie wyjaśnią nam niejedno z działania leczniczego wód, lub nawet dadzą nam nowe wskazania.

Piśmiennictwo:

1) Kopaczewski: Physico-chimie des eaux minérales. Paris. 1929. — 2) Kopaczewski: L'eau „Vivante". Spa, 1924. — 3) Kopaczewski: Pharmacodynamie des colloides. Paris. 1923. 4) Kopaczewski: Theorie et Pratique des Colloides. Paris. 1923. — 5) F. Kmietowicz. Pam. Pol. Tow. Bal. 1931, tom X. 6) L. Korczyński. Pam. Pol. Tow. Bal. 1930, tom IX. — 7) S. Mischel: Balneoterapja w świetle nowych poglądów. — 8) Z. Korczyński: Pam. Pol. Tow. Bal. 1927. tom VI. — 9) S. Kramsztyk: Pam. Pol. Tow. Bal. — 10) Sabatowski: Klimatoterapja oraz hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa. Lwów, 1923. — 11) Sabatowski: Pol. Gaz. Lek. 1924.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Lekarskie. Nr. 4. 1934. H. Czeżowska i H. Karpińska: Działanie preparatu wątrobowego „Sykoton" w przypadkach niedokrwistości złośliwej i wtórorzędnej. — Z. Dziembowski: O postępach w dziedzinie uśpienia przy zabiegach chirurgicznych. — P. Lidzka: Układ siateczkowo-śródbłonkowy. — Łaszewski: Przyczynek do perkusji szczytów płuc. — J. Flaszen: Uwagi, dotyczące radolecznictwa i chemicznego mechanizmu działania radu w organiźmie ludzkim.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 6. 1934. Wł. Sterling: Inwersja objawu Rossolimo jako wyraz zespołu połowiczego wrzekomo-opuszkowego.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 7. 1934. K. Bujniewicz: Zapalenia wątroby i żółtaczka. — F. Łukaszczyk: Organizacja i pierwsze dwa lata pracy Instytutu radowego. — J. Dretler: Z badań nad śmiertelnością chorych w okresie przewlekłym nagminnego zapalenia mózgu. — J. Brill: Diagnostyka serologiczna grupy pałeczek suipestifer-paratyphus C. — St. Adamowiczowa: Dur plamisty w 1932—1933 r.

OCENY.

Świat medycyny wczoraj, dziś, jutro. JÓZEF LOEBEL. Kraków 1933. Nakładem Udziałowej Spółki Wydawniczej. Przekład autoryzowany Rafała Makara. Str. 374. Cena 14 zł.

Prostemi słowami, zajmująco, miejscami dowcipnie przedstawił autor rozwój medycyny od czasów najdawniejszych do chwili obecnej. Dla ilustracji rozkładu książki i obfitości tematów podam tytuły rozdziałów: Co to jest medycyna? Biologja czyli życie jest drabiną. Anatomja czyli: tylko po trupach można dojść do celu. Fizjologja czyli: „Więcej rozsądku jest w twem ciele, niźli w twej największej mądrości". Patologja czyli: niedoskonałe tu się oto iści. Farmakologja czyli: cel uświęca 30.000 środków. Patologja komórkowa czyli: coś się psuje w państwie komórek. Bakterjologja czyli: wróg zewnętrzny. Serologja czyli: sprzymierzeniec wewnętrzny. Chirurgja czyli: walka na noże. Leczenie bodźcowe czyli: wypędzanie djabła Belzebubem. Endokrynologja czyli: w gronie gruczołów. Nauka o konstytucji czyli: Don Kiszot i Sanczo Pansa u lekarza. Psychoanaliza czyli: wyprawa na dno duszy. Personalizm czyli: o niepodzielności rzeczy niepodzielnych. Medycyna — *last not least!*

Lekarz doświadczony nie znajdzie w tej książce rewelacyj, jednak rzeczy znane przeczyta z przyjemnością, bo napisane ciekawie. Młodemu lekarzowi i studentowi medycyny da książka szerszy pogląd na medycynę, na mozół badaczy, którzy ją wiedli po różnych drogach; zwróci uwagę na rzeczy nowe, które przez rozpowszechnienie wydają się odwiecznemi.

Tłumaczenie dobre, poza kilku drobnemi usterkami w terminologji. Wydanie staranne.

H. Długosz (Lwów).

Diagnostics urgents. Abdomen. (Rozpoznanie w nagłych schorzeniach jamy brzusznej). H. MONDOR. Deuxième édition. Paris. Masson 1933. Str. 1054, ryc. 276. Cena 145 fr.

Pierwsze wydanie książki Mondora z roku 1930 rozeszło się w świecie lekarskim w czasie stosunkowo krótkim, co najlepiej świadczy o jej wartości. Zalety jej podniósł Janik omawiając pierwsze wydanie w P. G. L. Nr. 7. 1931. Studjując kilkakrotnie pewne jej rozdziały dla celów praktycznych jak np. o zawale krwawym jelita, przekonałem się o sumienności autora w opracowaniu danych rozpoznawczych i w krytycznej ich ocenie. Dwie te cechy mają pierwszorzędną wartość dla dzieła dydaktycznego, gdy chodzi zwłaszcza o wyodrębnienie jednostek chorobowych — rzadko spotykanych i mało charakterystycznych klinicznie. Autor pracując stale nad wydoskonaleniem rozpoznania i w wypadkach, gdzie gwałtowny rozwój nie pozwala na dokładniejszą obserwację kliniczną, uzupełnił 2. wydanie rozszerzeniem kilku dawnych rozdziałów i dodaniem nowych: wrzody dziurawiące u dzieci, pęknięcie bąblowca wątroby, przebicie pęcherzyka żółciowego i wyrostka w przebiegu duru, badanie rentgenowskie w wypadkach przedziurawienia przewodu pokarmowego, przebicie macicy, pęknięcie tętniaka, udar w zakresie naczyń brzusznych, zawał krwawy narządów rodnych kobiecych, stany zapalne guzów brzucha, ostre objawy brzuszne w przebiegu skaz krwotocznych.

Mimo powiększenia objętości książki i dodania szeregu rycin cena pozostała niezmieniona.

K. Czyżewski (Lwów).

La durée de la grossesse et ses anomalies. (Czas trwania ciąży i jego nieprawidłowości). HENRI VIGNES. (Masson et Cie éditeurs Paris).

Autor porusza kwestję zarówno ważną dla lekarza praktyka jak i dla prawnika, mianowicie, czy iest możliwem dokładne oznaczenie daty porodu oraz czy istnieje wogóle ciąża przenoszona. Aby odpowiedzieć na to pytanie, trzeba, by wpierw określić, kiedy rozpoczyna się ciąża, jakie są przyczyny wywołujące czynność porodową i jakie są cechy donoszonego płodu. Autor omawia bardzo szczegółowo wszystkie te zagadnienia i zwraca uwagę na duże odchylenia, które mogą wystąpić w każdym przypadku. Następnie wymienia przyczyny ciąży przenoszonej, jej sposoby rozpoznawcze oraz metody postępowania. Do wniosków konkretnych autor nie dochodzi. *H. Newlińska* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Shock i naturalna oporność. R. LEUCHTENBERGER. (Kolonja). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 124. S. 181—201.

Shock peptonowy u psa zmniejsza naturalną oporność (bakterjobójczość krwi, ilość opsonin i dopełniacza we krwi, zmniejszenie chłonności systemu siateczkowo-śródbłonkowego). Takie same zmiany występują po wstrzyknięciu substancyj, zmniejszających krzepliwość krwi, nie występują po *shocku* histaminowym. Stąd wniosek, że popeptonowe zmiany naturalnej oporności zależą od zmniejszenia krzepliwości krwi.

H. Długosz (Lwów).

Zawartość cholesteryny we krwi noworodków niedonoszonych. E. A. IWENSKAJA. Centr. Med. Żurn. 3—4. 1932.

Przeprowadzono 200 badań u 82 noworodków niedonoszonych i stwierdzono, że poziom cholesteryny we krwi noworodków niedonoszonych jest znacznie niższy aniżeli u noworodków normalnych. Okres niedonoszenia i waga noworodka nie wpływają na poziom cholesteryny we krwi. Żółtaczka zwiększa wyraźniej poziom cholesteryny aniżeli fizjologiczna żółtaczka noworodków. Przy krzywicy, anemji i ciężkich zakażeniach poziom cholesteryny we krwi znacznie się obniża. *M. Segal* (Lwów).

Przewietrzanie płuc i oddechanie w czasie ciąży. (Część I. pojemność płuc). A. J. ANTHONY i R. HANSEN. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 105, z. 2, 1933.

Autorzy badali pojemność płuc spirometrem Knippinga u 26 kobiet w ciąży i 9-go dnia połogu. Okazało się, że ilość powietrza zalegającego nie ulega zmianom. Ilość powietrza zapasowego jest wyraźnie zmniejszona. Pojemność oddechowa jest zwiększona. Ilość powietrza uzupełniającego i pojemność życiowa klatki piersiowej są zmniejszone, podobnie prawidłowa oraz całkowita pojemność płuc. Maksymalny wdech jest utrudniony, maksymalny wydech nie wykazuje zmian. Przy zmianie ułożenia ciała nie obserwuje się różnic w ilości powietrza zalegającego. Ilość powietrza zapasowego jest najmniejsza w pozycji leżącej, zwiększa się przy siedzeniu, a jest największą w pozycji stojącej. Ciąża powoduje nieznaczne zużycie powietrza zapasowego, nie wywołuje jednak niedomogi oddechowej. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Stopień kwasoty wydzieliny pochwy. H. GUTHMAN i M. KOCH. Arch. f. Gyn. T. 150, z. 1.

Ze wszystkich sposobów służących do oznaczania stopnia kwasoty wydzieliny pochwy najlepszy co do ścisłości i dokładności jest sposób oznaczania wartości pH.

Z badań autorów przeprowadzonych u licznych i różnych chorych wynika, że pogorszenie stopnia czystości pochwy powoduje zawsze przesunięcie w kierunku zasadowym, nie przekracza atoli nigdy granicy oddziaływania obojętnego. Mimo to w poszczególnych przypadkach mogą istnieć pewne rozbieżności tak, że oznaczenie wartości pH nie może zastąpić badania drobnowidowego. Z wiekiem zmniejsza się również stopień kwasoty.

U kobiet roniących istnieje średni stopień kwasoty, odpowiadający wiekowi chorej i stopniowi czystości. Małe ilości krwi, jakie autorzy stwierdzili u swych chorych, nie wpływały wcale na zmianę kwasoty w sensie przesunięcia takowej w kierunku zasadowym.

Największe osłabienie kwasoty aż do stanu obojętnego a nawet w kierunku zasadowym występuje w przypadkach raka kanału rodnego. W miarę rozszerzania się nowotworu zmniejszanie się kwasoty nie postępuje równomiernie. Dowodzi to, że przyczyną zmniejszonej kwasoty jest jedynie miejscowa sprawa chorobowa. Przemawia za tem i ta okoliczność, że u tych chorych nie zaznacza się wcale wpływ wieku na stopień kwasoty. Rzeżączka nie wywiera jakiegoś specyficznego wpływu na stopień kwasoty. U 70% chorych stwierdzili nieznaczne zwiększenie się kwasoty w okresie przedmiesiączkowym, a u 50% nieco silniejsze przesunięcie w czasie po regularności w kierunku zasadowym, co odnoszą do wydzielania krwi.

W ciąży zwiększa się kwasota wydzieliny pochwy w miarę trwania ciąży, lecz i tutaj stopień czystości wydzieliny ma wpływ w tem znaczeniu, że lepszemu stopniowi czystości odpowiada większa kwasota. *K. B.* (Lwów).

Mikrometoda do opadania ciałek czerwonych. H. REICHEL. (Wiedeń). Ztsch. f. klin. Med. B. 125. S. 623—631.

Na podstawie badań własnych i danych z obszernej literatury podaje: najlepsze wyniki opadania ciałek czerwonych dają metody używające do rozcieńczenia krwi 1/4 części 3.8% cytrynianu sodowego. Średnica rurek nie powinna być mniejsza niż 1 mm, gdyż wtedy wyniki są różne. Wysokość słupa krwi w rurce powinna być stała: dla opadań normalnych i lekko przyśpieszonych słup krwi powinien wynosić 100 mm. Jeżeli opadanie wynosi więcej niż 20 mm/godz., słup krwi powinien wynosić 200 mm. Jeżeli naciąga się krew do rurki powyżej znaczka „0", to działa to przyśpieszająco na opadanie.

Autor opisuje własny aparat do mikrometody: rurki o średnicy 1.4 mm, kalibrowane na 120 mm. Krwi potrzeba 0.1 cm^3 (z opuszki palca).

Wyniki własnej mikrometody i makrometody według Westergrena były zgodne (dość zgodne — uw. ref.). Porównanie opadania krwi z żyły łokciowej, tętnicy promieniowej i z opuszki palca daje wyniki zbliżone.

Aparaty sprzedaje firma R. Siebert Wien IX. Garnisongasse 9. Dwururkowy aparat kosztuje 9, 5 rurkowy 17 szylingów.

H. Długosz (Lwów).

Nowa, pewna mikrometoda oznaczania szybkości opadania krwinek czerwonych według Raskina: A. RAD. Med. Klin. Nr. 37, r. 1933.

Celem kontroli przebiegu, leczenia się schorzenia, ustalenia rokowania a przedewszystkiem dla celów rozpoznawczych, można stosować mikrometodę opadania krwinek czerwonych według Raskina, ze skutkiem tym samym co i makrometodę, ma jednak ona tę przewagę nad ostatnią, że wystarczy do oznaczenia jedna kropla krwi pobrana z opuszki palca. *Z. Godłowski* (Kraków).

Uproszczone oznaczanie opadania krwinek czerwonych. A. STEIGER. Med. Klin. Nr. 33, 1933.

Pipeta do liczenia ciałek białych służy do oznaczeń. Do znaczka 5 pobiera się roztworu cytrynianu, poczem wydmuchuje się go na płytkę celuloidową. Do znaczka 1 pobiera się krwi z opuszki palca i wydmuchuje się ją do kropli cytrynianu na celuloidzie, a po dokładnem wymieszaniu naciąga się owej mieszaniny do znaczka 1 i odczytuje się szybkość opadania, jak w makrometodzie. Koniec pipety wciska się do twardej parafiny.

Z. Godłowski (Kraków).

Opadanie ciałek czerwonych w chorobach psychicznych. N. P. WOŁOCHOW. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1932.

Na podstawie zbadania 700 przypadków stwierdzono: że w psychozach infekcyjnych i inwolucyjnych występuje znaczniejsze przyśpieszenie opadania; mniejsze przyśpieszenie stwierdzono przy kile mózgu i porażeniu postępującem. Przy padaczce, psychozach okresowych i nerwicach opadanie krwinek nie wykazuje zmian. Przy schizofrenji otrzymano wyniki niestałe. Naogół odczyn opadania krwinek nie daje wymiarów stałych dla żadnego typu psychozy. *M. Segal* (Lwów).

Obliczanie ciał białych kwasochłonnych we krwi. N. G. WISZNIEWSKIJ. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1932.

Dungern zaleca obliczanie kwasochłonnych w komorze do liczenia ciałek krwi, przyczem krew rozcieńcza się w mieszalniku w stosunku do 1:10 następującym płynem: 1% roztwór eozyny 10.0, acetonu 10.0, wody destyl. 80.0; kwasochłonne barwią się na kolor czerwonawy. Sposób ten nie jest jednak zupełnie dokładny wskutek nierównomiernego rozmieszczenia kwasochłonnych w mieszalniku nawet po dokładnem mieszaniu. Dalej stwierdzono pobierając krew co 15 minut w ciągu godziny, że ilość kwasochłonnych ulega znacznym wahaniom u osobników zdrowych jak również u chorych gruźliczych. *M. Segal* (Lwów).

Odczyn skłaczkowania Weltmanna w gruźlicy. D. ROHACEVA, WEICHHERZ. Med. Klin. Nr. 42, 1933.

Odczyn skłaczkowania W. polega na koagulacji surowicy krwi w łaźni wodnej z roztworami $CaCl_2$ w pewnych stężeniach. Normalne surowice poczynają ulegać skłaczeniu przy stężeniu 0,1% aż do 0,05—0,04% roztworu $CaCl_2$. Ze względu na zachowanie się surowic w odczynie skłaczkowania osobników ze schorzeniem gruźliczem płuc autorzy rozróżniają dwa typy tego schorzenia: 1) w których 0,07% $CaCl_2$ jest najwyższem stężeniem, przy którem występuje skłaczkowanie. W tych przypadkach rokowanie jest niekorzystne. 2) Przypadki, w których skłaczkowanie występuje w stężeniach od 0,06 do 0,04% czyli zbliża się do granic prawidłowych. W tych razach należy rokować dobrze. Zdaniem autorów odczyn skłaczkowania Weltmanna jest dokładniejszym sprawdzianem przebiegu samej sprawy gruźliczej, oraz daje pewniejsze rokowanie niż odczyn opadania krwinek czerwonych, jakkolwiek nie jest swoisty dla gruźlicy. Przy stanach zapalnych wysiękowych, pochodzenia niegruźliczego jak np. w zapaleniu płuc następuje przesunięcie tego odczynu w lewo (do 0,09%) zaś przy stanach marskości wątroby następuje przesunięcie w prawo (0,02%). *Z. Godlowski* (Kraków).

Doświadczenia z cystochromem w czynnościowej próbie nerek. DIERKS. Zbl. f. Gyn. Nr. 6, 1933.

Próby autora z cystochromem, stosowanym dożylnie zamiast indygokarminu, wykazały wielkie zalety preparatu w sensie jego jałowości, a wyższość w tem, że brak po stosowaniu jego objawów ubocznych. *T. Gizowski* (Lwów).

Badanie ciśnienia w bańce żołądka. O. SCHIERSMANN. (Rostock). Ztschr. f. Klin. Med. Bd. 124. S. 506—516.

Autorowi chodzi o stwierdzenie, czy może powstać wzdęcie wskutek dostawania się powietrza drogą przełyku przy wdechu, jak sądzi Lichtwitz. Okazało się, że powietrze nie może dostawać się do żołądka, gdyż w czasie wdechu zwiększa się ciśnienie w żołądku, w czasie wydechu maleje — w przełyku przeciwnie. Możliwe jest tylko dostawanie się powietrza do żołądka przez połykanie, co zdarza się jednak bardzo rzadko. Na 7.000 badanych stwierdził Böhme tylko dwa razy wybitną aerofagię u osób histerycznych. *H. Długosz* (Lwów).

Zmiana obrazu histologicznego krwi w żółtaczce. S. SZENT-MIHALYI i N. KLEIN. (Budapeszt). Zschr. f. klin. Med. B. 124.

Na podstawie 40 obserwowanych przypadków, badanych kilkakrotnie, dadzą się wysnuć następujące wnioski: lekkie uszkodzenia miąższu wątroby *(icterus simplex, catarrhalis)* przebiegają z limfo- i monocytozą, przyczem ilość monocytów orjentuje dobrze o stanie miąższu wątrobowego (układu siateczkowo-śródbłonkowego). Rak wątroby, ostry zanik żółty wątroby przebiegają z eozyno-limfo- i monopenją i przesunięciem obrazu ciałek obojętnochłonnych w lewo, równolegle do ciężkości stanu chorobowego. *H. Długosz* (Lwów).

O znaczeniu rozpoznawczem oksalurji przy artretyźmie. S. N. PARENAGO. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 19. 1933.

Oksalurja ma znaczenie rozpoznawcze; łącznie z bólami kostnemi, stawowemi i mięśniowemi, niewielkiemi obrzękami szczególnie powiek, i częstem lub nagłem parciem na mocz — wskazuje na szczególny stan patologiczny organizmu, który nazwać możemy skazą szczawianową. Wydalanie szczawianów z moczem nie jest objawem stałym, gdyż występuje okresowo i nie może być dlatego uważane za stały objaw skazy szczawianowej.

Bezpośrednim czynnikiem etjologicznym znacznej liczby przypadków t. zw. „pierwotnego przewlekłego reumatyzmu" jest właśnie skaza szczawianowa. Nie jest jeszcze wyjaśniona rola skazy szczawianowej jako czynnika predysponującego w schorzeniach stawowych spowodu intoksykacji.

Naogół rola kwasu szczawiowego w organiźmie nie jest dostatecznie zbadana. Nie możemy ograniczyć się do obserwacji wydalania kwasu szczawiowego z moczem, należałoby określić ilość kw. szczawiowego we krwi i przeprowadzić inne jeszcze obserwacje. *M. Segal* (Lwów).

Odczyn ksantoproteinowy w surowicy krwi. L. KAEMMER. (Halle). Ztschr. f. klin. Med. B. 125. S. 632—640.

Wykonano odczyn ksantoproteinowy (według Bechera) u 120 chorych. Na 16 przypadków nadczynności tarczycy od. ksant. był wzmożony u 10, wzmożenie szło równolegle do wzmożenia przemiany podstawowej, przy poprawie obniżało się. W hipotyreozach od. ksant. jest bardzo niski. Autor specjalnie podkreśla zachowanie się od. ksant. w zaburzeniach tarczycowych. Wśród 37 różnych schorzeń wątroby od. ksant. był wzmożony w 12, w 2 przyp. można było obserwować wzmożenie w czasie pogarszania i obniżanie w miarę poprawy stanu. Między 22 przypadkami ciężkich schorzeń serca odcz. ksant. był wzmożony w 10. Najwyższe wartości występowały tuż przed śmiercią, jednak nie można było stwierdzić równoległości między wzmożeniem odczynu ksant. a ciężkością schorzenia. Na 15 przyp. schorzeń przewodu pokarmowego tylko w 2 wystąpiło lekkie wzmożenie odcz. ksant. Z 11 przyp. zapalenia płuc 6 wykazywało wzmożenie odczynu ksant. Najwyższe wartości stwierdzono w mocznicy (najwyższa wartość 170%, norma: 23—25%). Spośród 18 przyp. różnych schorzeń występowało wzmożenie odcz. ksant. u chorych z rakiem, w jednym przyp. gruźlicy otrzewnej, czerwienicy i niedokrewności Biermera. *H. Długosz* (Lwów).

Znaczenie kliniczne załamka Q w elektrokardjogramie. J. FREUNDLICH (Wiedeń). Dtsch. Arch. klin. Med. Bd. 175. H. 2. S. 129—145.

Na podstawie rozległych badań klinicznych nad znaczeniem załamka Q w elektrokardjogramie stwierdził autor co następuje: U ludzi zdrowych (150 przyp.) nigdy nie obserwowano głębokiego Q. U chorych (94 przyp.) głębokie Q nie występowało nigdy jako zmiana izolowana, ale zawsze było połączone ze zmianami odcinka R (S) — T, albo zał. T, przynajmniej w jednem odprowadzeniu. Głębokie Q_3 ze zmianami zał. T_3 nie jest samo dla siebie dowodem zmian patologicznych w sercu, bo go można spotkać przy wysokiem ustawieniu przepony. (Poprzeczn. położenie serca). Głębokie Q_3 połączone z głębokiem Q_2, albo ze zmianą załamka T względnie odc. R (S) — T w I. lub II. odprowadzeniu jest zawsze objawem ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego i w przeważającej liczbie dotyczy przypadków ze zmianami sklerotycznemi w naczyniach wieńcowych, względnie z infarktem mięśnia sercowego. Takie same znaczenie ma głębokie Q_1 nawet przy braku zmian w odc. R (S) — T w II i III odprowadzeniu. Bardzo rzadko obserwowano głębokie Q poza przypadkami sklerozy naczyń wieńcowych *(endo- myo-cardit. rheumatica, thyreotoxicosis).* Najczęstsze zmiany kompleksu komorowego przy uszkodzeniach mięśnia sercowego to głębokie Q_2 i Q_3 (Q_3 Q_2) z ujemnem T względnie obniżeniem odc. R (S) — T w tych samych odprowadzeniach. *W. Musiał* (Lwów).

IV. odprowadzenie w elektrokardjografji. G. DE RIO i A. BATTRO. El Dia Médico. Nr. 12. 1933.

Autorzy badali zachowanie się krzywych elektrokardjograficznych w 4 odprowadzeniach (czwarte odprowadzenie: klatka piersiowa — łopatka) w 42 przypadkach. Prawidłowa krzywa w czwartem odprowadzeniu u osobników zdrowych wykazuje następujące cechy: fala P jest ujemna lub dwufazowa z lub bez rozszczepień. Woltaż niski nie przekracza 2 mm. Kompleks komorowy jest szeroki, rozpoczyna się głębokiem wychyleniem ujemnem (załamek Q) o amplitudzie 7 mm, z następową falą dodatnią (R) o większym woltażu 12 mm. Fala T jest ujemna i głęboka, powstaje bądźto na linji izoelektrycznej, bądźto o 1—2 mm poniżej tej linji: czasami fala T może być dwufazowa z pierwszą fazą ujemną a drugą dodatnią, przyczem faza dodatnia nie przekracza linji izoelektrycznej powyżej 1 mm. Przeciętny woltaż T wynosi 6 mm. Odcinek RT izoelektryczny lub ujemny nie przekracza 2 mm. Czas przewodnictwa odpowiada czasowi w odpro-

wadzeniach klasycznych. Zmiana położenia ciała ma nieznaczny wpływ na krzywą w 4 odprowadzeniu. W 12 przypadkach stanów anginoidalnych (3 przypadki czystej dusznicy bolesnej — reszta przypadków ostre i przewlekłe zaczopowania tętnicy wieńcowej) stwierdzono w 4 odprowadzeniu następujące zmiany: wysoka fala T ujemna o woltażu wyższym, aniżeli prawidłowo (1 przypadek); fala T dodatnia (w dwóch przypadkach); fala T dwufazowa z dodatnią drugą fazą, przekraczającą o 3 mm linję izoelektryczną (1 przyp.); odcinek RT ujemny większy aniżeli 2 mm (1 przyp.); zmiany kompleksu QRS (1 przyp.) w sześciu pozostałych przypadkach w odprowadzeniu czwartem nie było odchyleń od normy. W dwóch przypadkach (u tych chorych z dusznicą bolesną), zmiany elektrokardjograficzne były tylko w czwartem odprowadzeniu. W trzech przypadkach obok zmian w czwartem odprowadzeniu, były również zmiany w innych odprowadzeniach. Autorzy kładą nacisk na ważność badania elektrokardjograficznego również i w czwartem odprowadzeniu. *Mester* (Kraków).

Mikrobiologja i serologja.

Epidemiologja zrazowego zapalenia płuc. W. G. SMILLIE. Jour. of the Americ. Med. Assoc. Nr. 17. 1933.

Autor badał w przeciągu roku przypadki zrazowego zapalenia płuc, starając się rozstrzygnąć zagadnienie, które typy dwoinek zapalenia płuc mają największe znaczenie epidemjologiczne. Autor oznaczał w każdym przypadku typ pneumokoka, a następnie badał zawartość jamy nosowo-gardłowej osób z bezpośredniego otoczenia chorego, a zatem osób najbardziej narażonych na ewentualne zakażenie. W ten sposób przebadał 173 przypadków zapalenia płuc, 582 osób zdrowych z otoczenia chorego, oraz 495 osób zdrowych, dowolnie wybranych, jako kontrolę. Stwierdził, że zapalenie płuc zrazowe wywołane jest przez pneumokoka typu I w 28%, przez typ II w 20%, przez typ III w 9%, zaś w 43% przez pozostałe typy zawarte w t. zw. grupie X. Śmiertelność jest najwyższa w zapaleniach wywołanych typem II. U osób z otoczenia chorego znalazł autor o wiele częściej pneumokoki aniżeli u osób kontrolnych, zauważył jednak, że tylko typy I i II spotykał częściej w otoczeniu chorego. Autor wnioskuje na podstawie swoich badań, że tylko typy I i II pneumokoków mają znaczenie epidemjologiczne, zaś w zapaleniach płuc wywołanych innemi typami wchodzi przedewszystkiem w rachubę zakażenie endogeniczne. *A. Selzer* (Lwów).

Badania nad alergją przeciw pałeczkom Banga i fenomeny surowicze u ludzi. G. STRAUBE (Rostock). Ztsch. f. Klin. Med. B. 124. S. 420—425.

Autorowi chodzi o zachowanie się odczynu skórnego u ludzi zdrowych (co do choroby Banga). Z 54 zbadanych umysłowo chorych, niewykazujących klinicznie ani serologicznie objawów choroby Banga, wykazywało 9% miejscowy odczyn dodatni po śródskórnem wstrzyknięciu 0,1 cm^3 antygenu Banga, sporządzonego według Poppego. Jedno śródskórne szczepienie uczulało skórę na szczepienia następne i powodowało występowanie dodatniego odczynu zlepnego i wiązania dopełniacza. Należy zatem w przypadkach podejrzanych na chorobę Banga najpierw wykonać odczyny serologiczne, a dopiero potem odczyn śródskórny. *H. Długosz* (Lwów).

Porównawcze badanie materjału na maczugowce błonicy w różnych odstępach czasu. N. S. ITTER. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1932.

Materjał do badania pobrano od 500 osób z otoczenia chorych. Tampony badano bakterjoskopowo i bakterjologicznie. Z rozmazów otrzymano wynik dodatni w 0.6% przypadków; posiewy na pożywce Löfflera dały wynik dodatni po 3—5 godzin w 6% przypadków, po 12 godz. 6.4%, po 24 godz. 7.4%, po 48 godz. 8.4%. Autor jest zdania, że należy kontrolować posiewy nie po 24 godzinach, ale już po 3—5 godz., gdyż w tym czasie t. j. po pierwszych godzinach następuje szybkie narastanie wyników dodatnich. Wynik ujemny po 24 godzinach nie jest ostateczny i winien być skontrolowany po 48 godzinach. *M. Segal* (Lwów).

Współczesna ocena roli kwasu solnego przy dezynfekcji roztworami sublimatu. O. J. SMIRNOWA. Centr. Med. Żurn. Nr. 3—4. 1932.

Przeprowadzono doświadczenia, mające za zadanie sprawdzenie własności antyseptycznych roztworów sublimatu po dodaniu kwasu solnego i jednocześnie znaczenie wielkości pH roztworów sublimatowych bez dodania kwasu solnego i po dodaniu kwasu solnego. W doświadczeniach z pałeczką okrężnicy stwierdzono po 10 min., że działanie sublimatu w połączeniu z HCl jest 6 razy silniejsze aniżeli samego sublimatu; z hodowlą gronkowca złocistego — dziesięciokrotnie silniejsze; z laseczką sienną otrzymano wyniki niepewne, gdyż okazało się, że należało zastosować roczyny mocniejsze i przedłużyć czas zadziałania. Okazało się przytem, że zwiększając czas zadziałania sześciokrotnie (60 min.) i dodając nieznaczną ilość kwasu solnego, można zmniejszyć stężenie sublimatu dziesięciokrotnie. Po dodaniu do sublimatu nieznacznych ilości kwasu solnego znacznie zwiększamy stężenie jonów wodorowych, a działanie dezynfekujące wzmaga się sześciokrotnie i więcej. Dodatek NaCl osłabia działanie dezynfekujące. *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego odbytego w dniu 6 grudnia 1933 r. w sali wykładowej Kliniki Lekarskiej U. J. wspólnie z krakowskiem Kołem Tow. Internistów Polskich.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Prezes zawiadamia o Nadzwyczajnem Walnem Zgromadzeniu Delegatów do Towarzystwa Lekarzy polskich b. Galicji, które zwołane zostało na dzień 16 b. m. do Krakowa i odbędzie się w sali T-wa Lekarskiego.

Kol. Laszczka przedstawia przypadek *żółtego zaniku wątroby o przebiegu podostrym* u chorego G. Ż., mężczyzny 31-letniego, na tle marskości alkoholowej wątroby, obserwowany w Klinice Lekarskiej w ciągu 2 dni przed zgonem. Z danych anamnestycznych podaje prelegent, że chory, który był alkoholikiem, cierpiał już od roku 1927 na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, a na trzy tygodnie przed przywiezieniem do Kliniki skarżył się na nudności i bóle w okolicy żołądka, poczem pojawiła się żółtaczka, a wkońcu utrata przytomności. Badaniem przedmiotowem stwierdzono: żółtaczkę, słodkawo-mdłą woń oddechu *(foetor hepatis)*, tętno 60 uderzeń, ciepłotę ciała 36,2°, brzuch silnie wzdęty; wątroba i śledziona niewyczuwalne, światłowstręt, przeczulica na całem ciele, odruchy wzmożone. Na dotyk oddziaływał chory głośnym krzykiem i podnieceniem ruchowem. W moczu ślad białka, bilirubina w dużej ilości, reakcja aldehydowa wykazała zabarwienie zielone; w osadzie wałeczki szkliste, ziarniste i nabłonkowe, liczne kryształy leucyny i tyrozyny; azot ogólny w moczu znacznie wzmożony, azot aminokwasowy wynosi 7,6% azotu ogólnego. Odczyn Bordet-Wassermanna ujemny. Badanie chemiczne krwi wykazało: azot niebiałkowy w surowicy 64,96 mg% RN, reakcja ksantoproteinowa 38, pH w surowicy krwi 7,55, bilirubina w surowicy krwi 25,5 mg%, odczyn bezpośredni bardzo szybki, próba Takata'y dodatnia do 1:64.

Chory wymiotował treścią fusowatą. Tętno, liczba oddechów oraz ciepłota ciała podnosiły się stopniowo. Po 48 godzinach chory zmarł wśród objawów obrzęku płuc. Rozpoznano zanik żółty wątroby o przebiegu podostrym, na tle marskości alkoholowej wątroby, co potwierdziła sekcja zwłok wykonana w Zakładzie anatomji patologicznej U. J. Prelegent demonstruje preparaty sekcyjne makro- i mikroskopowe wykonane w Zakładzie anatomji patologicznej U. J., oraz szereg preparatów z Muzeum anatomji patologicznej U. J. i omawia etjologję, obraz kliniczny i anatomiczny schorzenia, podnosząc, że o ile dawniej uważano *atrophia hepatis flava* za jednostkę ściśle określoną, o tyle dzisiaj wiemy, że wiele chorób wątroby może przejść w swem stadjum końcowem w t. zw. zanik żółty wątroby. Jego początkowy okres jest często trudny do odróżnienia od ciężkiej żółtaczki nieżytowej, która zresztą także może przejść w zanik żółty. Szczególną skłonność do przejścia w zanik żółty wykazują żółtaczki kiłowe, żółtaczki wywołane salwarsanem, zatruciem grzybami, a zwłaszcza żółtaczki w czasie ciąży. Nieliczne przypadki przejścia marskości wątroby w zanik żółty spotyka się również w literaturze. (Streszczenie prelegenta).

Prof. Latkowski przedstawia *krzywe EKG*, rejestrowane równocześnie z tętnem żylnem i z tonami serca w przypadkach wad sercowych, miażdżycy naczyń wieńcowych serca, zrostów serca z otoczeniem i podnosi znaczenie elektrycznej rejestracji tonów sercowych; zapomocą tej rejestracji możemy z wielką ścisłością oznaczyć fazę powstawania tonów i szmerów sercowych, co ma ogromne znaczenie nietylko dla diagnostyki ale i dla nauczania. W ten sposób bowiem możemy odróżnić bardzo dobrze szmery protodiastoliczne i presystoliczne, jak również rejestrować trzecie tony serca. Prelegent przedstawia następnie krzywe

tętna żylnego i wątrobowego w przypadkach niedomykalności zastawki trójdzielnej, jak również tętna żylnego w przypadku zrostów serca z otoczeniem. Z objawów tych tętno żylne dodatnie udowadnia rozpoznanie niedomykalności zastawki trójdzielnej, jak znowu rozkurczowe zapadanie się żył jest charakterystyczne dla zrostów serca z otoczeniem. (Streszczenie prelegenta).

Prof. Dr. W. Wilkosz (gość Towarzystwa) wygłosił wykład p. t.: *„O własnościach fizycznych fal krótkich"*.

Prof. Dr. Latkowski wygłosił wykład p. t.: *„O działaniu fal krótkich na ustrój ludzki i zwierzęcy"* (Streszczenie prelegenta).

Prof. Latkowski zdaje pokrótce sprawę z doświadczeń własnych wykonanych w Klinice Lekarskiej U. J. nad *wpływem fizjologicznym fal krótkich na ustrój zwierzęcy*, w szczególności zaś na skład krwi pod względem morfologicznym i fizyczno-chemicznym, podnosząc jako znamienną i stałą cechę występowanie zagęszczenia krwi, wzrost jonów wapniowych oraz wzrost pH.

Fale krótkie mają działanie bakterjobójcze (zarówno w ustroju jak i *in vitro*), wywołują przekrwienie w miejscu zadziałania oraz mają do pewnego stopnia działanie znieczulające.

Fale krótkie stosowano w Klinice Lekarskiej U. J. w szeregu spraw chorobowych, jak np. w przewlekłych ropieniach (zapalenie ropne miedniczek nerkowych, pęcherza moczowego, woreczka żółciowego), zapaleniu wysiękowem opłucnej, w ropniakach opłucnej, ropniach płuc, w przewlekłem zapaleniu stawów, w zapaleniach nerwów i neuralgjach oraz w chorobach wątroby. Osiągane rezultaty były zadowalające.

Stosowano również leczenie to w niektórych postaciach gruźlicy płuc, lecz rezultatów wybitniejszych nie obserwowano. Podobnie stosowano fale krótkie w leczeniu kiły narządów wewnętrznych.

Prelegent zaznacza, iż kliniczny aparat krótkofalowy skonstruowano w Krakowie z jego inicjatywy i z uznaniem podnosi, że pracę tę przeprowadził według wskazówek p. Prof. Witolda Wilkosza, współpracownik Kliniki P. Marek Kibiński. (Streszczenie prelegenta).

W dyskusji kol. Syrop stwierdza, że leczenie falami krótkiemi stanowi duży postęp w leczeniu schorzeń zębowych rozmaitego rodzaju.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 13 grudnia 1933 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Prezes przedstawia w imieniu Zarządu następującą listę członków Komisji przedwyborczej — pp. Kol. Dr. Bannet Arnold, Dr. Birkenfeld Karol, Dr. Ciećkiewicz Marjan, Dr. Gasiński Józef, Dr. Godłowski Zbigniew, Dr. Gołąb Jan, Dr. Keller Tadeusz, Dr. Kowalczykowa Janina, Prof. Dr. Lewkowicz Ksawery, Dr. Łopaciński Michał, Dr. Maciąg Adam, Doc. Dr. Nowicki Stanisław, Dr. Owsiński Józef, Dr. Reiner Otmar, Dr. Rosenhauch Edmund, Prof. Dr. Rutkowska Ada, Dr. Ryglicki Stefan, Dr. Szczeklik Edward, Dr. Szwarcbart Adolf, Dr. Tochowicz Leon, Dyr. Dr. Topolnicki Józef, Dr. Habicht Kazimierz, Dr. Majewski Kazimierz (Prof.), Dr. Boczar Stanisław, Prof. Dr. Wachholz Leon.

Skład Komisji przyjęto jednogłośnie. Na wniosek Kol. Dra Ackermanna postanowiono jednogłośnie prosić o objęcie przewodnictwa Komisji przedwyborczej Prof. Dra Wachholza.

Dr. Rosenhauch pokazuje *przyrząd służący do wyszukania odpowiedniego miejsca celem optycznego wykonania wycięcia tęczówki* w przypadkach plam rogówki, lub zmętnień soczewki, czy też w przypadkach zaćmy okołojądrowej z wycięciem odpowiadającem źrenicy i szparze irydektomijnej. Suwak umożliwia oznaczenie wielkości mającego się dokonać wycięcia tęczówki. Płytka wykonana z ebonitu lub galalitu. (Wykonał optyk Grösler, Grodzka 41, — cena 3 zł) (Streszczenie prelegenta).

Kol. Kowalczykowa przedstawia przypadek: *śmiertelny krwotok z tętnicy wątrobowej do jamy otrzewnowej w toku kamicy żółciowej* z zapaleniem, przy równoczesnej ciąży jajowodowej niepękniętej.

W dyskusji zabierali głos Doc. Szymanowicz i Dr. Frommer.

Kol. Zakrzewski Zygmunt wygłosił I. część (teoretyczną) wykładu p. t. *„Badania eksperymentalne nad mechanizmem pochłaniania cząstek koloidalnych przez komórki układu siateczkowo-śródblonkowego"*.

Kol. W. Kraszewski wygłosił część II. (eksperymentalną) tegoż wykładu. (Rzecz przeznaczona do druku).

Doc. Szymanowicz dziękując kol. Zakrzewskiemu za żywy udział w pracach Towarzystwa Lekarskiego, życzy mu dalszej owocnej pracy na nowej placówce w Warszawie.

Kol. Kowarzyk w imieniu pracowników Zakładu Patologji Ogólnej i Eksperymentalnej U. J. i swojem dziękuje za współpracę i kierownictwo w Zakładzie oraz życzy mu pomyślnej dalszej działalności.

Protokół posiedzenia administracyjno - sprawozdawczego w dniu 17 stycznia 1934.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Szymanowicz.

Prezes wygłosił przemówienie sprawozdawcze z czynności Zarządu Towarzystwa, dziękując za współpracę zarówno członkom Zarządu jak i Kolegom prelegentom oraz członkom Towarzystwa.

Sekretarz Stały prof. dr. Gieszczykiewicz wygłosił sprawozdanie sekretarskie. W roku 1933 odbyto 1 posiedzenie administracyjno-sprawozdawcze i 28 posiedzeń naukowych.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 32 wykłady, w tem 10 z zakresu chorób wewnętrznych, 3 z chirurgji, 1 z laryngologji, 1 internistyczno-chirurgiczny, 3 z zakresu patologji, po 2 z anatomji patologicznej, bakterjologji, dermatologji, medycyny sądowej, neurologji i historji medycyny, po 1 z balneologji, biologji i okulistyki. Na posiedzeniach tych przedstawiano również chorych i preparaty anatomo-patologiczne. Ogółem było 47 pokazów. Nad wykładami i pokazami odbywała się przeważnie ożywiona dyskusja, w której zabierano głos 109 razy. Na posiedzeniach zabierali głos oprócz członków także zaproszeni goście, wśród których wymienić należy prof. Schönbauera z Wiednia. Udział w posiedzeniach wynosił od 41 do 252 członków wraz z gośćmi.

W ubiegłym roku zmarło 2 członków T-wa t. j. śp. Drowie Bolesław Rzegociński i Wiktor Stankiewicz. Wystąpiło względnie wykreślono 32 członków, nowych wstąpiło 12. Stan Towarzystwa zmniejszył się przeto o 22 członków i wynosi z początkiem 1934 r. 210 osób.

Delegacja Towarzystwa brała udział w Walnem Zebraniu T-wa Lekarzy Pol. b. Galicji w Morszynie w dn. 15. VI. 1933 i zdała sprawę z tego na najbliższem posiedzeniu.

Krakowskie T-wo Lekarskie starało się o utrzymanie przyjaznych stosunków z innemi analogicznemi stowarzyszeniami. Niektóre posiedzenia odbywano wspólnie z innemi Towarzystwami naukowo-lekarskiemi i tak z Pol. Tow. Balneologicznem, z Krak. Twem Ginekologicznem, oraz dwukrotnie z Krakowskiem Kołem T-wa Internistów Polskich.

W maju delegacja T-wa wzięła udział w uroczystościach jubileuszowych Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego.

W czerwcu podejmowało T-wo Delegację Sekcji Higjeny przy Lidze Narodów.

Skarbnik, Kol. Dr. Ackermann złożył sprawozdanie kasowe. W sprawie tego sprawozdania zabierali głos prof. Wachholz, Kol. Szczeklik i Kol. Boczar domagając się pewnych udogodnień we wpłacaniu wkładek.

W odpowiedzi, Kol. Dr. Karasiński złożył sprawozdanie z gospodarki domem własnym T-wa oraz z gospodarki w domu fundacyjnym śp. Dra Mączki. Następnie wspomniał o pracach Rady Zawiadowczej Twa Lekarzy Polskich b. Galicji związanych z rozwojem gospodarczym Morszyna, podnosząc duże zasługi przedewszystkiem prof. Renckiego.

Bibljotekarz, Kol. Dr. Spira złożył sprawozdanie z czynności bibljoteki i czytelni T-wa.

Kol. Dr. Woyciechowski imieniem Komisji Kontrolującej stwierdza zgodność rachunków i wzorowe prowadzenie ksiąg Towarzystwa, poczem stawia wniosek o udzielenie absolutorjum i wyrażenie podziękowania Zarządowi.

Wniosek przyjęto jednogłośnie.

Prof. Dr. Wachholz jako przewodniczący Komisji Przedwyborczej proponuje wybór ponownie Doc. Dra Józefa Szymanowicza jako Prezesa, Kol. Dra Maksymiljana Blassberga jako Wiceprezesa i Kol. Dra Schwarza jako Sekretarza dorocznego.

Wniosek przyjęto przez aklamację.

Prezes dziękuje za wybór i przystępuje do rozpatrywania wniosków i interpelacyj.

Kol. Dr. Wachtel podkreśla konieczność założenia w Towarzystwie czytelni i bibljoteki specjalistycznych pism archiwalnych i referatowych. Brak takiej instytucji daje się w Krakowie dotkliwie odczuwać, czego najlepszym dowodem są usiłowania poszczególnych szpitali i drobnych grup lekarskich utworzenia tego w własnym, niewystarczającym zakresie. Kliniki mają tych pism niewiele i rozrzucone pomiędzy poszczególne zakłady. Bibljoteka Uniwersytecka nie ma ich prawie zupełnie. Koszta takiej czytelni są wprawdzie znaczne, jednak nie przekraczałyby możliwości finansowych Towarzystwa, gdyby obrócić na ten cel poważne kwoty, które obecnie daje Towarzystwo na cele Polskiej Gazety Lekarskiej. Należy się zastanowić, czy przymus abonowania tej

gazety jest jeszcze w tej chwili celowy. Swego czasu Towarzystwo uchwaliło ów przymus, aby ratować przed upadkiem jedyny w owych czasach tygodnik lekarski polski. Jednak stosunki się gruntownie zmieniły. Obecnie wychodzą w Polsce 4 tygodniki, podobnie jak w Niemczech, podczas gdy np. w Anglji wychodzą tylko dwa. Najlepszym tygodnikiem zarówno graficznie, jak i co do redagowania, jest dziś bezsprzecznie Warszawskie Czasopismo Lekarskie i należy ubolewać, że pismo to nie może skutkiem przymusu abonowania Polskiej Gazety Lekarskiej znaleźć odpowiedniego pola w Krakowie. Uchwała ówczesna hamuje dziś harmonijny rozwój piśmiennictwa naszego. Mówca zastrzega sobie postawienie odpowiednich wniosków na posiedzeniu statutowem, o którem Prezes wspominał. Zaznacza, że sprawa umowy, którą swego czasu Towarzystwo zawarło ze spółką wydającą Polską Gazetę Lekarską, zupełnie nie jest jasna i prosi o przedłożenie tej umowy po jej odnalezieniu. (Streszczenie prelegenta).

Prof. Wachholz sprzeciwia się stwarzaniu czytelni wspomnianych pism po pierwsze spowodu ich znacznej ceny, a po drugie z tego powodu, że z własnego doświadczenia wie, iż archiwa są bardzo mało poszukiwane przez ogół lekarzy i zresztą pisma te można wypożyczyć z Klinik i Zakładów Uniwersyteckich, gdzie znajdują się bibljoteki czasopism specjalistycznych.

Co do rezygnacji z prenumeraty Polskiej Gazety Lekarskiej to zaznacza, iż rezygnacja taka równałaby się zerwaniu z T-wem Lek. Pol. b. Galicji, a pozatem stwierdza, iż poziom P. G. L. stoi obecnie bezsprzecznie najwyżej wśród innych czasopism polskich. Dlatego też uważa, że o przeprowadzeniu wniosku kol. Wachtla niema obecnie mowy.

Kol. Szczeklik popiera zdanie prof. Wachholza i proponuje, aby Towarzystwo gwarantowało za zwrot czasopism pożyczanych przez swych członków z Zakładów Uniwersyteckich.

Dyr. Topolnicki stwierdza na podstawie własnego doświadczenia, że zakładanie bibljoteki archiwów specjalistycznych jest wydatkiem bezproduktywnym i zwraca uwagę, że w Centrum Wyszkolenia Sanitarnego istnieje duża tego rodzaju bibljoteka, która wypożycza lekarzom wszelkie czasopisma.

Kol. Mester stwierdza, że zarówno bibljoteka jak i czytelnia T-wa stoją na bardzo wysokim poziomie i korzystanie z nich jest bardzo udogodnione. Następnie potwierdza zdanie przedmówców, że Polska Gazeta Lekarska stoi bezwzględnie najwyżej pod względem treści i jest jedynem czasopismem polskiem, które swoje artykuły przesyła w streszczeniach do prasy lekarskiej zagranicznej.

Prof. Walter również przychyla się do wywodów przedmówców.

Kol. Szczeklik zapytuje Zarząd, w jaki sposób załatwiono dezyderat poprzedniego posiedzenia administracyjnego w sprawie utworzenia klubu towarzyskiego.

Prezes Doc. Szymanowicz uzasadnia zaniechanie stworzenia klubu towarzyskiego brakiem funduszów a pozatem małem zainteresowaniem się tą sprawą ze strony Kolegów.

Kol. Ackermann zwraca uwagę na coraz większy udział w posiedzeniach naukowych niečłonków i proponuje celem zachęcenia tych kolegów do zapisywania się na członków T-wa, obowiązek przedstawiania się gości Prezesowi przed rozpoczęciem posiedzenia.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Franciszek Miłaszewski.

Wspomnienie pośmiertne według korespondencji drów Jasińskiego i Lipińskiego.

Ś. p. Franciszek Miłaszewski zmarł w sile wieku.

Urodzony 1876 r. na Wołyniu, skończył studja lekarskie w Moskwie, a po wojnie japońskiej osiadł w Łucku, gdzie pozostał do końca życia. Przerwę stanowiła wielka wojna, kiedyto pełnił obowiązki lekarza armji rosyjskiej, potem w formacjach wojskowych polskich i w wojsku polskiem.

Na rok przed zgonem nieuleczalna, nieustępliwie trawiąca choroba, rak krtani, obezwładniła kol. Miłaszewskiego.

W ostatnich miesiącach nie mógł już poczętych myśli wypowiadać; był jak dzwon, któremu wyjęto serce.

22 stycznia b. r. zamknęło się ciężkie wieko trumny, w której Zmarły złożony został na wieczny odpoczynek na cmentarzu łuckim.

Już w pierwszej chwili zetknięcia się ze Zmarłym odsłaniała się w Nim dusza Człowieka obdarzonego wytworną kulturą o wielkiej skali zainteresowań i szerokim myślowym horyzoncie.

Z przyjaznego gestu i wielkiej serdeczności, jaką otaczał młodszych Kolegów, sądzić można było o niewyczerpanych zasobach Jego serca.

Z pełnią namysłu dawał swe rady, wypowiadał swe myśli, a w każdym słowie Jego wyczuć można było urok męskiej przyjaźni, którą chciał darzyć.

Z entuzjazmem oddawał się pracy, w założonym przez Niego Towarzystwie Lekarskiem. Kto chciałby zaznajomić się z Jego dążnościami poznawczemi w kierunku naukowym, mógłby tego dokonać na podstawie sprawozdań, zamieszczanych przez szereg lat w Polskiej Gazecie Lekarskiej z lat poprzednich i w Nowinach Lekarskich w latach bieżących. Zdobytą wiedzę natychmiast przekuwał na pomoc cierpiącym, którzy udawali się do Niego jako do lekarza. Był filarem, na którym spoczywał gmach organizacji Związku Lekarzy P. P. w Łucku.

Kol. Miłaszewskiego należy oceniać jako jednolitą, odrębną i zwartą postać, która ostro odcinała się od swego tła i otoczenia. Godnem jest podkreślenia, że w swej bardzo różnorodnej działalności poprzez gąszcz miejscowych, większych i mniejszych spraw widział zawsze ideał, według którego chciałby życie kształtować i nigdy nie zatracał perspektywy całości. Nie był marzycielem, poczucie rzeczywistości chroniło Go przed majakami. Wiedział dobrze, że pomiędzy zamierzeniami, a osiągnięciami, ideałami a życiem jest wielki dystans. Mimo to nie pokładał rąk w pracy, ażeby krańce te zbliżyć ku sobie. Czyny Jego opromienione głębszą myślą, podporządkowane jakiejś kierującej idei nie były nigdy tylko chaotycznem skłębieniem osobistych dążeń i zawsze łączyły się w moralny i logiczny szereg.

Dla społeczeństwa i ogółu lekarskiego śmierć ś. p. Kolegi Miłaszewskiego jest utratą niepowrotną. Wyraz temu dali Koledzy i Obywatele Łucka, żegnając Go szczeremi słowami i odprowadzając tłumnie na miejsce wiecznego spoczynku. Dla uczczenia zasług Zmarłego pogrzeb odbył się na koszt Okręgu Wołyńskiego Zw. Lekarzy P. P.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Dr. Marcin Kacprzak, nacz. wydz. w Min. Opieki Społ. i prof. Państw. Szkoły Higjeny odznaczony został Krzyżem Kawalerskim „Odrodzenia Polski".

Prof. chirurgji U. P. dr. Antoni Jurasz został wybrany członkiem honorowym Czechosłowackiego Tow. Lekarskiego.

Na miejsce opróżnione przez śmierć prof. Henriot wybrany został członkiem tytularnym Akademji Lekarskiej w Paryżu prof. fizyki lekarskiej U. Paryskiego A. Strohl. Na miejsce po prof. Calmette wybrany został generał-lekarz, prof. Sacquépée, dyrektor wojskowego instytutu badawczego bakterjologiczno-serologicznego w Paryżu, znany ze swych prac nad durami rzekomemi, zgorzelą gazową i zakażeniami paciorkowcowemi.

Sir G. Buchanan, jeden z najwyższych urzędników Ministerstwa Zdrowia Publicznego Wielkiej Brytanji przechodzi w stan spoczynku po 40-letniej służbie. Sir Buchanan brał w roku 1919 udział w komisji dla spraw duru plamistego w Polsce, utworzonej przez Międzynarodowy Czerwony Krzyż.

Zmarli.

La Presse Médicale Nr. 6. zamieściła wspomnienie pośmiertne o zmarłym w zeszłym roku prof. drze Paul Richer (1849—1933). Była to jednostka niezwykła: lekarz, anatom, grafik i rzeźbiarz. Wiedza i sztuka, piękno i prawda wiązały się nieodłącznie w całej pracy jego życia i pozostawionych dziełach. Rozpoczął studjami w piśmie i rysunku nad histerją, następują atlasy i prace o kalekach i chorych w sztuce, o anatomji i fizjologji artystycznej, o nagości w sztuce starożytnej, chrześcijańskiej i epoki odrodzenia. Do ostatnich dni życia nie porzucał dłuta i rzeźbił ciało ludzkie chore i zdrowe w spoczynku, ruchu i wysiłku; tworzył dzieła sztuki jak artysta; wzory dla nauki młodego pokolenia jako profesor anatomji Szkoły Sztuk Pięknych.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

IV posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 23 lutego 1934. 1) Kol. Goldschlag i Stein: Reticuloendotheliosis. 2) Kol. Falkiewicz A.: Zmiany elektrokardjogramu i znaczenie elektrokardjografji w dusznicy bolesnej. 3) Kol. Hołobut W.: O znaczeniu chronaksji.

Posiedzenie Pol. Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się 22 lutego 1934 r. J. Czarnecki: Powikłany przypadek postępującej głuchoty. Merenlender i Karbowski: Przypadek odosobnionej pęcherzycy jamy ustnej. Karbowski: Przypadek ropnia płuc na tle obcego ciała. Karbowski i Płońskier: Przypadek posocznicy gardłowej pochodzenia urazowego. Goldinberg i Alter: Przypadek nowotworu nasady języka, leczony elektrokoagulacją. Alter: Przypadek cierpienia krtani o nieustalonem rozpoznaniu.

Zebranie Wydz. Lek. T. P. N. wspólnie z Tow. Internistów Polskich Koło Poznań odbyło się 23. II. b. r. A. K. Werner: Biologiczno-lekarskie podstawy sezonów zimowych w uzdrowiskach. W. Łapa i W. Tomaszewski: Działanie Quinby na przebieg tyfusu brzusznego.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 27 lutego 1934. Michalski Zdz.: Rewizja poglądów na swoiste uodpornianie i leczenie swoiste gruźlicy na marginesie spostrzeżeń z pierwszego roku badań nad szczepionką własną. Roguski J.: Prosówka gruźlicza w przebiegu niewydolności krążenia. Szour M. i Bergenbaum: Badania nad retikulocytami w gruźlicy płuc.

W Łucku zawiązał się Komitet Organizacyjny Zjazdu Internistów Polskich, który ma odbyć się w tem mieście w roku 1935. Przewodnictwo objął dr. Witołd Habich, dyr. Woj. Urzędu Zdrowia, przewodniczącymi sekcyj zostali: dr. Mieczysław Jasiński — sekcja naukowa; dr. Jackiewicz — sekcja mieszkaniowa; dr. Włodzimierz Lipiński — sekcja wystawowa.

Różne.

Statystyka miejskiego Wydz. Zdrowia we Lwowie za rok 1933. W roku 1933 było we Lwowie urodzeń 4.601 (14.5 prom.), zgonów 3.458 (10.93 prom.). Przyrost naturalny 1.143, t. j. mniejszy niż w r. 1932. — Lekarzy zarejestrowanych: 804, lekarzy-dentystów 28, położnych 261, techników dentystycznych samodzielnych 36, techników dentystycznych uprawnionych 119, kontrolorów sanitarnych 13, kontrolorów żywnościowych 27. — Wydatki państwowe wynosiły: na szpital powszechny 2,600.000 zł i zakład dla umysłowo chorych w Kulparkowie około 2,200.000 zł, wydatki Kasy Chorych wynosiły około 2,180.000 zł. — Koszty gotówkowe Gminy na utrzymanie Ośrodka Zdrowia wyrażały się cyfrą 25.000 zł, koszty leczenia ubogich 45.000 zł, dopłata do utrzymania szpitali 167.250 zł, walka z ostremi chorobami zakaźnemi 54.180 zł, walka z chorobami społecznemi 33.750 zł, wydatki na higjenę publiczną t. j. zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości, cmentarze, parki i t. p. 1,860.300 zł, ratownictwo i pomoc w nagłych wypadkach 43.835 zł.

W Rzymie otwarto nowy Instytut Chorób Podzwrotnikowych. Organizatorem tego zakładu jest znany bakterjolog i specjalista chorób podzwrotnikowych, Włoch, pracujący dotychczas w Ameryce, Aldo Castellani.

Uchwałą Rady Związkowej zakazano w Szwajcarji dopuszczania do egzaminów z dyscyplin lekarskich (lekarzy, lekarzy weterynaryjnych, dentystów, aptekarzy) obcych poddanych. Jest to zarządzenie, wydane w obronie własnych, bezrobotnych lekarzy jak też i odwet za niedopuszczanie do uzyskania dyplomu, ewentualnie wykonywania praktyki Szwajcarów w obcych państwach. Odstępstwa od tej uchwały dopuszczalne mają być tylko w drodze wzajemności z poszczególnemi państwami.

The Lancet ogłasza ciekawe rozważania nad zdolnością chorych cukrzycowych leczonych insuliną do prowadzenia samochodów. Chory od 10 lat leczony insuliną, klinicznie zdrów, zawsze przewidywał napady niedocukrzenia i w czas spożywał cukier. Jednak w czasie jazdy samochodem doznał niespodziewanie takiego napadu, a wywołany wypadek był rozpatrywany przed sądem. Autor występuje przeciw udzielaniu pozwoleń jazdy takim chorym.

Czyszczenie wody wodociągowej przez ozonowanie zamierza przeprowadzić miejski urząd wodny w Londynie. Instalacja taka pracowała przed wojną w Leningradzie. Dotychczasowe próby są zadowalające. Powszechnie używane chlorowanie jest tańsze, lecz woda ozonizowana jest lepsza w smaku i wyglądzie.

W Londynie założono kamień węgielny pod budynek nowego wydziału lekarskiego *(British Post-graduate Medical School).* Dziekanem tej nowej szkoły, której otwarcie nastąpić ma w końcu roku 1934, został prof. Malcolm H. Mac Keith z Oxfordu.

W *Bull. Johns Hopkins Hosp.* ukazała się praca Kidd'a i Langworthy'ego jako pokłosie smutnej ery „suchej" w Stanach Zjednoczonych. Chodzi o tak zwane porażenie imbirowe. Wyciąg imbirowy używany był chętnie jako napój. W 20.000 wypadków stwierdzono ciężkie obwodowe porażenie kończyn górnych i dolnych, które ustępowało bardzo powoli lub wogóle nie cofało się; masowe zachorowania przypisywano zatruciu imbirem. Dokładne badania stwierdziły, że zatrucie pochodziło od zafałszowania napojów imbirowych związkiem tańszym od imbiru mianowicie tri-orto-krezyl-fosforanem używanym przy fabrykacji sztucznej skóry.

Journ. Am. Med. Assoc. opisuje szereg ciężkich uszkodzeń oczu wskutek anilinowych barwików zawartych w farbach do rzęs. Autor żąda prawnych postanowień ochronnych.

W *Jour. A. M. A.* podaje M. Sulzberger swoje doświadczenie nad śródskórnym odczynem wyciągów z tytoniu u palaczy cierpiących na *thromboangiitis obliterans;* występują one w 78% t. j. 2 razy częściej niż u palaczy bez zmian naczyniowych i 5 razy częściej niż u niepalących. Na tej podstawie przyjmuje u palaczy pewne uczulenie systemu naczyniowego na tytoń. Powodem uczulenia nie jest nikotyna. Poza tytoniem dawały odczyn także inne alergeny tak, że uczulenie na tytoń nie może być wiązane ze zmianami naczyniowemi we wszystkich przypadkach.

W sierpniu 1933 r. pojawiła się w Stanach Zjednoczonych niezwykła ilość czerwonki pełzakowej. Źródło wykryto w pewnym hotelu w Chicago, gdzie 1/4 personelu była nosicielami *entamoeba histolytica.* W ciągu badań rozmiarów zakażenia zwrócono się do 22 tys. gości, którzy w podejrzanym czasie odwiedzili hotel. Część z nich chorowała w sposób najczęściej niezrozumiały dla leczących lekarzy. 4 przypadki śmierci dotknęły członków zjazdu przemysłowców, którzy w tym hotelu się zatrzymali.

John Hopkins Hospital w Baltimore otrzymał zapis, którego mocą coroczne odsetki w wysokości 1.000 dolarów przyznawane będą temu badaczowi, który położy największe zasługi w zakresie leczenia raka. Reszta odsetek przeznaczona jest na wspieranie osób, chorych na raka. Pozatem 15.000 dolarów z kapitału ma być przeznaczone dla badacza, który znajdzie istotną i skuteczną metodę walki z rakiem.

Komunikaty.

W dniach 3—6 maja 1934 r. odbędzie się w Moskwie IV. Międzynarodowy Kongres Przeciwreumatyczny. Zarząd Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca czyni starania o uzyskanie dla swych członków ulgowych paszportów. Uprasza się przeto członków Towarzystwa, mających zamiar wziąć udział w Kongresie o zgłaszanie się do sekretarjatu Towarzystwa pod adresem: Warszawa, Szpital Dz. Jezus. II. Klinika Chorób Wewnętrznych U. Warsz. Nowogrodzka 59 do Dr. Eleonora Reicher. Tylko członkowie Międzynarodowej Ligi Przeciwreumatycznej mogą wziąć udział w Kongresie. Po zakończeniu Kongresu odbędą się wycieczki dla członków Kongresu w 2 kierunkach: A) Moskwa—Leningrad. 10 dni wraz z trwaniem Kongresu. Cena 75 dol. zł. wraz z pobytem w Moskwie. B) Moskwa—Uzdrowiska Kaukaskie—Krym. Odessa. Czas trwania 20 dni wraz z Kongresem. Cena 125 dol. zł. wraz z pobytem w Moskwie podczas Kongresu. Za bankiety płaci się oddzielnie.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—
zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.